

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



APRENDER A SER DOENTE

Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar.

Miguel Joaquim Nunes Serra

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, na área de especialização em Formação de Adultos, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa.

2004

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



APRENDER A SER DOENTE

Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar.

Miguel Joaquim Nunes Serra

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, na área de especialização em Educação de Adultos, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa, sob orientação do Professor Doutor Rui Canário.

2004

“De facto, estar à beira da morte é uma experiência tão positiva, tão importante para a formação do carácter que a recomendaria a toda a gente – não fora o irredutível e essencial elemento de risco.”

Carl Sagan, In *“Biliões e Biliões”*

“É difícil permanecer imperador na presença de um médico e difícil também conservar a qualidade de homem”

Marguerite Yourcenar, In *“Memórias de Adriano”*

“Se ensinarmos as pessoas a tornarem-se doentes mentais autênticos, acabam-se os malentendidos psiquiátricos”

J. Pio Abreu, In *“Como tornar-se doente mental”*

AGRADECIMENTOS

À Ana.

Aos meus pais, que na sombra zelam.

Aos amigos, pelo riso partilhado.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
CAPÍTULO 1 - EDUCAÇÃO DE ADULTOS	12
1.1- EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO DE ADULTOS.....	12
1.2 - TERMOS E CONCEITOS	15
1.3 - A APRENDIZAGEM	17
1.3.1 – <i>A aprendizagem dos adultos</i>	19
1.3.2 - <i>Aprendizagem experiencial</i>	22
1.3.3 - <i>Educação informal</i>	26
1.3.4 – <i>Socialização e formação</i>	30
CAPÍTULO 2 - ESTAR DOENTE	35
2.1 – SAÚDE VERSUS DOENÇA – CONCEITOS.....	35
2.2 – ESTAR DOENTE – O SENTIMENTO DE SI.....	40
2.3 – O PAPEL SOCIAL DE DOENTE.....	45
CAPÍTULO 3 - O HOSPITAL.....	49
3.1 – ORIGENS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	49
3.2 - O HOSPITAL – DINÂMICAS E PRÁTICAS.....	51
3.3 – OS ACTORES – SABERES EM RELAÇÃO	57
3.3.1 – <i>O doente no hospital</i>	61
3.3.2 – <i>Os técnicos</i>	75
3.3.2.1 – <i>Os enfermeiros</i>	78
3.3.2.2 – <i>Os médicos</i>	80
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	82
1 - FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO	83
1.1 – INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA.....	85
1.2 - PROBLEMÁTICA, QUESTÃO CENTRAL E OBJECTIVOS.....	86
1.3 - O ESTUDO DE CASO.....	87

2 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS.....	91
2.1 – TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS -ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	91
2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS – A ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	97
3 – O CAMPO DE ESTUDO.....	102
4 – OS SUJEITOS.....	105
5 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	107
 PARTE III – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	 108
1. – BREVE SÍNTESE INDIVIDUAL DAS ENTREVISTAS.....	109
2. - APRENDER A SER DOENTE.....	115
2.1. CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DE DOENTE.....	115
2.1.1 – <i>Percurso pessoal</i>	115
2.1.2 – <i>Relação com a doença</i>	127
2.1.3 – <i>Relações pessoais</i>	136
2.1.4. - <i>Desempenho de doente</i>	145
2.2 - REPRESENTAÇÕES ACERCA DA INSTITUIÇÃO.....	159
2.2.1 <i>Funcionamento da instituição</i>	159
2.2.2 - <i>Os actores</i>	169
3. – CONCLUSÕES.....	176
 BIBLIOGRAFIA.....	 184

RESUMO

Este estudo de caso aborda o hospital como contexto potencialmente formativo para os doentes que vivem uma experiência de internamento.

O objectivo principal da investigação pretende lançar alguma luz sobre os processos de aprendizagem que estão subjacentes ao modo como o indivíduo em situação de internamento hospitalar interioriza o seu papel de doente.

Privilegiou-se, ao longo do estudo, uma lógica de compreensão dos processos de aprendizagem perspectivados pelos próprios sujeitos hospitalizados como forma de aceder a um ponto de vista tradicionalmente pouco explorado neste domínio.

Partiu-se da noção de que o doente, enquanto adulto, passa por processos de aprendizagem específicos que se produzem essencialmente a partir da (e na) experiência e de modo informal.

Em termos de colheitas de dados optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas a 12 indivíduos internados, num hospital de Lisboa.

Do cruzamento do enquadramento teórico com a análise de conteúdo efectuada aos dados, transparece, por parte dos sujeitos participantes no estudo, um processo de constituição de saberes essencialmente operativos e de uma aprendizagem complexa e individual do papel social do doente que se desenrola de forma tornada pouco consciente ou intencional pelos próprios.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital, doente, aprendizagem, informal, experiência.

RESUME

Cette étude de cas concerne l'hôpital comme contexte de formation pour les malades qui vivent une expérience d'internement.

L'objectif principal de l'investigation prétend lancer quelque lumière sur les processus d'apprentissage qui sont sous-jacents à la façon comment l'individu devant une situation d'internement hospitalier peut intérioriser son rôle de malade.

On a privilégié pendant toute l'étude, une logique de compréhension des processus d'apprentissage, perspectivés par les individus hospitalisés de façon à obtenir un point de vue traditionnellement peu exploité dans ce domaine.

On a parti de la notion que le malade, autant qu'adulte, passe par des processus d'apprentissage spécifiques qui se produisent essentiellement à partir de l'expérience de façon informelle.

Concernant les récoltes des données on a opté par la réalisation des entrevues semi-structurées à 12 individus internés, dans un hôpital de Lisbonne.

Du croisement de l'encadrement théorique avec l'analyse de contenu effectuée aux données transparaît pour part des sujets qui participent à l'étude, un processus de constitution des savoirs essentiellement opératoires et d'une apprentissage complexe et individuelle du rôle social du malade qui se déroule de façon devenue peu consciente ou intentionnelle par les ces individus.

MOTS CLEFS: Hôpital, malade, apprentissage, informel, expérience.

INTRODUÇÃO

A realidade hospitalar apresenta-se hoje como um meio organizacional complexo, na medida em que no seu seio se desenrolam dinâmicas e processos diferenciados, com actores cujos saberes profissionais se caracterizam pela sua enorme especificidade. As trajectórias individuais dos sujeitos internados desenhadas neste contexto reflectem, na maioria dos casos, um modo de socialização ao hospital e ao papel social de doente, ao qual está subjacente um processo de aprendizagem tornado no limite, único em cada caso da experiência de hospitalização.

~~A posição relativa atribuída ao utente dos serviços de saúde~~ tem, nas últimas décadas e no plano dos discursos, sido alvo de uma profunda transformação, colocando-o hoje no centro dos cuidados de saúde, e reservando-lhe um papel activo e decisivo. Uma das ideias chave no pensamento sobre os cuidados de saúde que tem vindo a assumir maior destaque nos últimos anos está relacionada com as práticas de educação para a saúde, que genericamente, ainda assentam em moldes conceptuais mais tradicionais, esquecendo que o modo como o aprendente aprende é central na qualidade e sucesso do processo de ensino aprendizagem.

O ponto de partida do estudo assenta na convicção de que enquanto indivíduo adulto internado no hospital, o doente experiencia um complexo e característico processo de aprendizagem, pelo que o objectivo desta investigação surge e desenvolve-se, na tentativa de tornar perceptíveis os mecanismos que estão subjacentes à aprendizagem do papel de doente dos indivíduos internados, bem como perceber que saberes adquirem eles no contexto em estudo.

Privilegiou-se, ao longo do estudo, uma lógica de compreensão dos processos de aprendizagem perspectivados pelos próprios sujeitos hospitalizados como forma de aceder a um ponto de vista tradicionalmente pouco investido neste domínio.

O objectivo central da investigação pretende assim dar resposta à questão: Que processos de aprendizagem estão subjacentes à interiorização que o indivíduo faz do seu papel de doente? Sendo a pesquisa possível, passível de se orientar por múltiplas perspectivas, dirigiu-se o estudo para dimensões mais específicas de análise, que concorrem para a clarificação da resposta à questão central, e que originaram as seguintes questões auxiliares de pesquisa: Qual a natureza das aprendizagens dos doentes, e tipos de saberes que resultam de uma situação de internamento hospitalar? Que momentos e pessoas se constituem como decisivos na aprendizagem dos doentes

em internamento? Que estratégias mobilizam os doentes internados no hospital para “sobreviver” num meio que lhes é desconhecido e cujo controlo é ditado por normas que desconhecem e não podem alterar? Em que medida é o contexto hospitalar determinante nas aprendizagens realizadas pelos doentes?

Enquanto pesquisa, este trabalho foi tomado como um problema de lógica, equacionando-se hipóteses e opções no decorrer do estudo, relativamente às contingências inerentes à realização de um trabalho de investigação em ciências sociais.

Sendo o processo de socialização ao papel de doente um fenómeno de tal forma vasto e complexo, optou-se pela realização de um estudo de caso, cuja metodologia fosse compatível com um estudo desta natureza. Delimitado o contexto da pesquisa, e os sujeitos participantes procedeu-se à realização da recolha de dados através da elaboração de um guião de entrevista semiestruturada e posterior realização da mesma a doze doentes hospitalizados. A pertinência do uso da entrevista como técnica de colheita de dados está relacionada, neste caso, com o facto de constituir um meio privilegiado de aceder ao ponto de vista do indivíduo acerca da realidade, bem como do modo como interpreta aquilo que experiencia. A análise de conteúdo enquanto técnica de tratamento e análise de dados foi realizada com o objectivo de atribuir um significado ao discurso dos sujeitos da investigação, em ordem à elaboração de respostas para os objectivos da investigação.

A presente exposição orienta-se em torno de três diferentes blocos que, longe de se oporem, concorrem para um mesmo objectivo: tornar visível e explícito o percurso percorrido ao longo da investigação.

Na primeira parte do trabalho são abordados os subsídios teóricos que potencialmente contribuem para compreender a realidade em estudo. A pesquisa bibliográfica efectuada permitiu estabelecer vários eixos de análise sobre a forma de direccionar o nosso olhar sobre a realidade em foco: a aprendizagem do papel de doente em contexto de internamento hospitalar. Assim, no enquadramento teórico apresentam-se processos de aprendizagem de adultos, a dinâmica hospitalar e a intrincada teia de relações humanas que esta organização compreende, como dimensões privilegiadas de pesquisa. É também considerado o modo como a doença é perspectivada, quer de um ponto de vista social, quer de um ponto de vista psicológico.

Num segundo momento do trabalho, desenvolve-se uma abordagem à metodologia utilizada para a realização do trabalho, procurando justificar as opções tomadas em cada momento.

Na terceira parte do trabalho procede-se à análise dos dados obtidos nas entrevistas quer a partir de uma análise individual de cada entrevista quer numa análise conjunta do discurso dos indivíduos. Foi a partir da reflexão sobre o cruzamento dos dados teóricos considerados na primeira parte do trabalho com a análise das entrevistas que se produziu o conhecimento necessário para a elaboração de uma síntese conclusiva final.

Esta investigação não pretende ser uma obra acabada. Pelo contrário, ao permitir perspectivar os processos de aprendizagem de indivíduos hospitalizados, vendo a partir do *outro lado*, constitui um importante instrumento de trabalho e de reflexão para os profissionais (re)pensarem o seu desempenho profissional. Os técnicos de saúde precisam de aprender a ver a realidade na perspectiva do doente, sentindo empatia face às suas necessidades. Só assim se poderão produzir cuidados de saúde e, mais especificamente, práticas de educação para a saúde, com *modos de fazer* fundamentados cientificamente, partindo do conhecimento do modo como os doentes aprendem.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1 - EDUCAÇÃO DE ADULTOS

1.1- EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO DE ADULTOS.

Durante o século XX contributos de vários investigadores, quer no domínio das ciências sociais, quer nas ciências naturais, estabeleceram uma nova concepção do adulto enquanto ser potencialmente aprendiz. A noção, tornada mito, de que a capacidade de aprender estava antes reservada à criança, e de que o adulto era desprovido de competências para integrar novos conhecimentos, materializada na expressão popular “Burro velho não aprende línguas”, tem vindo progressivamente a perder tal carácter de “absolutismo”.

Ainda que uma actuação sistemática, e com contornos de visibilidade na área da educação de adultos seja recente e se tenha instalado progressivamente desde a década de 1950, após a II Guerra Mundial, esta existiu sempre enquanto modo de transmissão de conhecimentos, nos mecanismos de conservação das sociedades humanas, a partir da experiência individual de cada sujeito.

O debate estruturado e a um nível internacional foi iniciado em 1949, em Elsenaur, na Dinamarca e desde aí, periodicamente se têm realizado conferências mundiais subordinadas a esta problemática.

Fruto do desenvolvimento de diferentes princípios orientadores, objectivos, metodologias e práticas de educação de adultos, esta tem vindo a operacionalizar-se num vasto leque de configurações, cujo desenvolvimento advém, em cada caso particular, de contextos sociais e culturais e políticas específicas, como afirma Bhola: “...cada definição de educação de adultos deve estar associada ao seu contexto cultural e ecológico, à ideologia predominante do desenvolvimento...” (1989, p.16).

A partir de uma definição de Titmus, Bhola define educação de adultos como: “...a educação daqueles que acabaram o ciclo inicial de educação começado desde a infância e daqueles que não receberam essa iniciação.” (Ib., p.16). Como finalidade para a educação de adultos considera-se que esta:

“...visa a preparação dos indivíduos para agir sobre o seu meio, transformá-los e a tornar a sua vida bem como a dos outros, mais humana. Como toda a acção determinada, ela é um misto de ideologia e de tecnologia, isto é, respectivamente, fins e meios.” (Ib., p.11).

Sendo a concepção da educação de adultos enquadrada no domínio das ciências sociais, aquela requer, que seja perspectivada à luz do contexto social específico em que se situa cada cenário de educação de adultos.

Assim, em função dos diferentes cenários em que a educação de adultos é alvo de teorização, registam-se diferentes modos de a conceber e pôr ao serviço da ideologia existente.

Na América do Norte, Austrália e Reino Unido, a educação de adultos tem sido encarada de uma forma pragmática sem grande aprofundamento do ponto de vista teórico. Pretende-se habilitar o indivíduo de instrumentos que melhorem a sua *performance* profissional. Em detrimento de um investimento holístico no indivíduo, privilegia-se a sua dimensão profissional, com os consequentes reflexos em termos económicos. “A educação de adultos visa a mudança do homem profissional e não torná-lo num homem novo.” (Ib., p.48).

A América Latina vê os seus investimento em educação de adultos incidir em aspectos como “...o papel da educação popular enquanto instrumento de descolonização desenvolve uma tomada de consciência crítica nos oprimidos do mundo.” (Ib., p.49), movimento do qual Paulo Freire, constituiu um expoente de relevo.

Na Ásia os valores espirituais assumem um lugar de destaque na teoria da educação de adultos.

Noutra perspectiva, nos países europeus, as considerações teóricas remeteram, na sua origem, principalmente, para os movimentos de natureza sociocultural, cujo objectivo era o desenvolver a educação de adultos numa base social, dotando os adultos de competências abrangentes e extensíveis a todas as dimensões da sua vida, fossem de ordem pessoal ou de ordem profissional. O objectivo último seria assim o desenvolvimento comunitário. As práticas de educação de adultos surgiram essencialmente no seio de organizações da sociedade civil, dirigidas principalmente quer numa vertente de formação profissional, quer numa vertente de promoção social de faixas populacionais desfavorecidas, como minorias ou imigrantes.

É neste contexto que surge o movimento da Educação permanente que visa operacionalizar estes conceitos em programas de educação para adultos.

É também nesta linha que Nóvoa afirma que a educação permanente vem “...pugnar por um investimento educativo dos diferentes espaços sociais, pondo em causa o encerramento da educação em instituições especializadas e defender uma visão do adulto como um ser em mudança.” (1988, p.113).

A Educação permanente, ainda que com alguma limitação provocada pelo uso do modelo escolar nas suas práticas, em públicos adultos não escolarizados, tinha nesta corrente ideológica, como mais valia, o facto de ser “...por oposição a uma lógica cumulativa escolar de aprendizagem, um processo educativo coincidente com o ciclo vital e a construção da pessoa.” (Canário, 2000, p.31).

Nas últimas duas décadas, alterações de natureza social e tecnológica determinaram uma hegemónica visão economicista e produtivista do mundo, que condiciona as dimensões mais íntimas do desempenho do indivíduo. A vertente laboral foi influenciada por filosofias que determinaram o primado da produção e da racionalização dos recursos materiais e humanos, pelo que para atingir as novas metas se passa a perspectivar a formação profissional como um meio para atingir esse fim.

Ao invés da anterior visão da educação de adultos, em que o indivíduo era entendido como um fim em si mesmo, nesta nova concepção, o mesmo indivíduo passa a ser considerado como um meio para atingir um fim, adoptando-se portanto, no seio de algumas práticas da educação de adultos uma visão instrumental dos indivíduos, segundo Lima, (2003, p.136):

“... com vista à eficácia económica e à performatividade competitiva que parecem frequentemente reduzidas a estratégias vocacionalistas e a técnicas de gestão de recursos humanos, pouco ou nada se assemelhando a formas e processos de Educação.”

A Educação passou assim de um modo de enriquecimento (*aprender a ser*) e construção pessoal para um instrumento de troca (*aprender a ter*), materializável na acumulação de diplomas que conferem competências, (Canário, 2000) numa lógica de condicionamento da formação e da educação aos princípios totalitários e globais da formação para o mercado de trabalho e não para o mundo do trabalho.

A entidade “educação de adultos”, caracteriza-se assim, hoje, como um “território” acidentado, que oferece ao “topógrafo” algumas dificuldades, dada a heterogeneidade de práticas e contextos em que se processa. A sua concretização, no terreno, materializa-se como afirma Bhola, através de:

“... uma grande variedade de formas de organização e de instituições que vão desde o nível internacional ao nível local, do controlo pelo estado à beneficência, da orientação para a reflexão à orientação para a acção, da confrontação à terapêutica...” (1989, p.88-89).

Numa tentativa de sistematizar este complexo cenário da práticas educativas, Canário (1999), esquematiza um mapa que compreende quatro domínios, cujas fronteiras registam por vezes intersecções, decorrentes da dificuldade em encerrar as várias práticas de educação de adultos num esquema conceptual uno e sólido. Estas práticas estão estruturadas em torno de 4 capítulos: Formação profissional contínua; Educação de adultos e ensino recorrente; Educação de adultos e desenvolvimento local; e Animação sociocultural.

1.2 - TERMOS E CONCEITOS

Decorrente da heterogeneidade de práticas e concepções do que é, ou deve ser, a educação de adultos, surge também diversidade na terminologia que lhe está subjacente. A propósito da distinção semântica entre os termos Educação e Formação, Bhola, considera o termo Educação de uma forma mais abrangente, com a aquisição de competências “utilizáveis” ao longo de todo processo de vida, independentemente do contexto em que são utilizadas. Já a formação, no seu entender, remete para cenários de aprendizagem de funções muito concretas, compatíveis com cenários de desempenho profissional, como defende:

“A teoria opera por vezes, uma distinção entre educação e formação. Ela considera a educação como o desenvolvimento, no aprendente de aptidões gerais para pensar, definir, nomear, classificar, escolher, criar e aprender a aprender por si. Estas aptidões deverão ser aplicadas em qualquer situação profissional ou outra da vida futura. Por outro lado, a formação tende a desenvolver no formando aptidões mais específicas com vista a um papel particular implicando um conjunto definido de tecnologias e de funções.” (1989, p.155).

Canário (1999) classifica esta ambiguidade entre os dois termos, como uma “flutuação terminológica”, longe da estabilidade, uma vez que diferentes autores entendem os conceitos de distintos modos, por vezes até antagónicos, coexistindo estas visões com as de autores que utilizam as designações de um modo algo indiferenciado. Para Avanzini (1996), citado por Canário (1999, p.34), a ideia de formação, tem como objectivo o aumento da “...competência inicial do sujeito no domínio próprio da sua actividade, em função do seu estatuto.” Já a educação surge de um modo mais amplo,

visando no indivíduo, “...alargar a polivalência, mas sem modificar o estatuto, tendo em vista os tempos livres ou uma mais sólida cultura geral.” Esta parece ser uma nuance semântica próxima daquilo que acima é defendido por Bhola.

Divergindo desta visão, Canário (1999) entende Formação, como um conceito mais abrangente, e que se tem vindo a afirmar, sendo a educação conotada, por razões de ordem histórica, com as práticas formais de ensino tradicional. Esta chamada de atenção é pertinente na medida em que a concepção e práticas actuais da educação, se instalaram gradual e solidamente, fruto do surgimento da escola de massas desde meados do século XIX. A crítica a este modelo surge no sentido de questionar as práticas educativas que se encerram, na sua quase generalidade, numa bidimensionalidade espaço-tempo delimitada à instituição “escola”. Estas práticas são ainda, condicionadas por modalidades restritas de desempenho em que os papéis cristalizados dos vários actores alimentam e perpetuam uma relação pedagógica pautada pela assimetria entre professor e aluno. Tal concepção pode, do ponto de vista da relação pedagógica ser ultrapassada se o futuro proporcionar uma redefinição, não pacífica, é certo, dos papéis do professor e do estudante, sendo reconhecida ao formando a capacidade de este ser um agente activo no seu processo de aprendizagem, mas também apontada ao educador a necessidade de aprender a aprender com o formando, fruto da interacção de ambos em contexto específico.

Ao reflectir sobre a educação de adultos, Canário não pretende estabelecer nesta área um novo modelo para as práticas pedagógicas. À semelhança do que ocorre na Física moderna, julga ser possível a busca de uma “Teoria Unificadora da Educação”, que, longe de permitir uma polarização entre adultos e crianças, ou entre espaço-tempo escolar *versus* espaço-tempo não escolar, albergue no seu seio uma filosofia de educação cuja abrangência proporcione práticas diferenciadas adaptadas aos diversos públicos, contextos e objectivos de formação. Em suma, busca-se uma teoria da educação isenta de soluções de continuidade.

Ainda enquadrado nesta problemática, Lima alerta para o facto de o actual protagonismo conferido aos termos formação e aprendizagem ao longo da vida, não se inscrever na matriz discursiva da Educação permanente de que são herdeiros. Como afirma, dadas as alterações em termos sociais e laborais mais recentes, tal identificação só já ocorre “...episodicamente retomando as expressões educação permanente e educação ao longo da vida, mas sobretudo desvalorizando a genealogia dos conceitos...” (2003, p.129).

A educação de adultos apresenta-se então como um campo de práticas diversas, cujas filosofias se orientam também em função de pressupostos diferentes, coexistindo uma multiplicidade de modos de fazer e pensar, num *continuum* que circula entre dois pólos opostos. Se por um lado, alguns autores perspectivam a educação de adultos na base do “*empowerment*” do indivíduo, a longo prazo e com um grau de visibilidade das aquisições nem sempre claro ou perceptível, por outro lado, outros autores entendem a educação de adultos numa lógica mais utilitária, de consequências facilmente objectiváveis e a curto prazo.

Sendo que os termos educação e formação são objecto de diferentes entendimentos, neste trabalho partimos de uma perspectiva de educação, bastante abrangente, para além das limitações físicas e discursivas da filosofia escolar, que englobe no seu seio a globalidade da existência dos indivíduos, num processo permanente de aquisição de conhecimentos e competências ao longo de toda a vida.

É hoje reconhecido aos adultos um potencial de desenvolvimento válido para a aquisição de instrumentos que os apetrechem de competências para navegar na realidade em que estão imersos, num momento em que muitas das concepções tradicionais de sociedade são questionadas e que as transformações se sucedem a um ritmo alucinante, em que o que era válido ontem é discutível hoje e, eventualmente obsoleto amanhã. Para tal revela-se de extrema importância compreender o modo como os adultos aprendem, e a natureza das suas aprendizagens, ao longo das diversas experiências de vida.

1.3 - A APRENDIZAGEM

O estudo da aprendizagem é um processo que, entre outros aspectos, considera a relação que o indivíduo estabelece com o meio envolvente. Para Berbaum ela pode ser entendida como “...o processo de construção e assimilação de uma nova resposta, isto é, um processo de adequação do comportamento, seja ao meio, seja ao projecto perseguido por cada interessado.” (1993, p.13). Este ajustamento do comportamento não se limita nesta concepção, à mobilização de saberes traduzíveis em desempenhos observáveis, mas é muito mais amplo, compreendendo toda a espécie de conhecimentos adquiridos.

Se o indivíduo desenvolve ao longo da sua vida uma relação dinâmica com o meio, necessita de desenvolver constantemente mecanismos de adaptação face ao mesmo, pelo que a aprendizagem assume um carácter de permanência e diversidade. Ainda na linha do que afirma Berbaum, torna-se num processo transversal à própria vida, manifestando-se “...como um processo omnipresente e multiforme, de consequências não necessariamente previstas.” (1993, p.18).

Do ponto de vista dos mecanismos subjacentes à construção dos comportamentos adaptativos, que reflectem as aprendizagens, e no âmbito da Psicologia da Educação, aqueles têm sido, tradicionalmente, perspectivados de duas formas:

- Numa perspectiva de condicionamento, na linha da Psicologia de inspiração Comportamentalista e em que a construção de uma resposta ao meio se processa de uma forma automática, que não exige do sujeito um papel voluntário, nem mobiliza as suas características singulares. É uma activação de uma resposta condicionada por uma situação-estímulo.

- Noutra perspectiva em que a aprendizagem é considerada como sendo uma resposta ao meio ambiente, passível de ser explicitada à luz das teorias cognitivistas, e denominado de Construtivismo. Esta, por oposição ao Comportamentalismo, distingue-se por atribuir ao sujeito um papel activo na elaboração de uma resposta ao meio, sendo que esta resposta é também única, na medida em que é influenciada pelas suas próprias características pessoais.

As abordagens, pelas quais, o investigador em educação, pode optar em termos de apreensão da complexidade do acto de aprender, podem-se sintetizar em duas modalidades, e que se distinguem em função do ponto de vista a partir do qual o investigador tenta apreender o processo (Bourgeois, 1996):

- a) Fenomenológica, em que a apreensão da realidade se faz a partir da perspectiva dos sujeitos que passam pela experiência. Neste modelo assume uma importância central o discurso que o sujeito elabora a propósito das suas vivências particulares. Esta abordagem demonstra até que ponto o acto de aprendizagem é estruturado e orientado em função do sentido que lhe é conferido, no quadro de uma trajectória de vida. Uma das limitações desta abordagem reside no facto de a aprendizagem se constituir em momentos que se desenrolam de alguma forma como um processo não deliberado e inconsciente, o que torna a sua inteligibilidade uma tarefa árdua e bastante subjectiva.

b) Como um processo directamente observável, em que o acto de aprender é considerado como sendo passível de ser observado a partir do exterior do indivíduo, através da sua sistematização e objectivação em variáveis eventualmente traduzíveis numa linguagem quantitativa. Como consequência, podem ser privilegiadas dimensões e fenómenos do acto de aprender que, do ponto de vista do sujeito, não são significativas.

1.3.1 – A aprendizagem dos adultos

Como foi referido, a aprendizagem é um processo inerente à vida, e processa-se permanentemente, de um modo diferente de indivíduo para indivíduo, em função de variáveis individuais ou do ambiente. É nesta linha que Bundage e Mackeracher (1980), citados por Undurraga, afirmam: “O adulto pode aprender toda a sua vida, mesmo se o seu sistema nervoso, a partir de uma certa idade responda menos rapidamente, e mesmo se ele perde acuidade visual e auditiva.” (1996, p.77).

Adoptando uma postura construtivista, Danis, a partir de uma tese de Merriam e Clark, considera a aprendizagem dos adultos como:

“...um processo que requer atenção e reflexão por parte do adulto relativamente a uma experiência determinada e que conduza a uma transformação, nesse adulto, em relação ao seu comportamento, atitudes, aptidões ou ainda em relação aos seus conhecimentos ou às suas próprias convicções.” (2001, p.35).

Na sua essência, os valores que presidem às práticas de Educação de adultos, não se distinguem daqueles que norteiam a pedagogia havendo aspectos comuns no processo de formatividade, transversais a todas as faixas etárias (Barth, 1996a). Existem no entanto algumas especificidades, decorrentes da experiência de vida do adulto, que condicionam as dinâmicas educativas dirigidas a este público, como refere Barth, descrevendo as diferenças entre um adulto e uma criança do ponto de vista da aprendizagem:

“O adulto chega à situação de aprendizagem com a sua história cognitiva e afectiva que é bem mais avançada que a da criança. As diferenças «culturais» são mais acentuadas no adulto que nas crianças, assim como as resistências sociais, as suas atitudes, os seus valores.” (Ib., p.27).

O adulto por oposição ao jovem, segue percursos de aprendizagem em que os novos conhecimentos são sempre integrados na interacção com a diversidade de experiências pelas quais já passou até ao momento (Dominicé, 1996). É neste sentido que o processo de mudança associado à aprendizagem pode ser considerado complexo, e exigir para a sua concretização, que por parte do aprendente, haja uma modificação das suas representações de partida face a uma situação. Como afirma Legendre: “A aprendizagem surge com efeito como uma oportunidade de reorganização das representações iniciais, resultando num desenvolvimento.” (2001, p.155-156). É a partir deste aspecto que se torna importante perceber a natureza e dinâmica das transformações que ocorrem, bem como eventuais resistências ao desenrolar do processo. Por representações prévias entende a mesma autora “...sistemas de conhecimento mais ou menos estruturados, que servem de grelha de leitura ou de instrumento de interpretação e que podem interferir nos conhecimentos a adquirir.” (Ib., p.157). Esta grelha decorre, naturalmente da experiência individual de cada sujeito, pelo que um mesmo objecto pode originar em indivíduos diferentes, diferentes representações. Daqui se releva também o facto de que, qualquer situação com intenção formativa dever, com vista à obtenção de sucesso, privilegiar o ponto de partida inicial que constitui o indivíduo com todo o seu esquema de representações prévias: “Porque são úteis, estas representações oferecem, frequentemente resistências às transformações e revelam-se portanto, persistentes.” (Ib., p.158). Se as alterações propostas forem isentas de significado para o aprendente, este não as integrará no quadro que elabora em relação ao meio.

Esta noção condiciona o que pode constituir um entrave ao desenvolvimento de novos saberes pelo adulto. Com efeito, para um indivíduo experiente numa dada área, aprender algo de novo nesse domínio, terá muito provavelmente, que considerar como inválido ou relativo aquilo que tinha como evidente e natural anteriormente. No limite, este processo pode colidir com aspectos identitários do adulto, em que o seu auto-conceito é colocado em causa. A importância central das representações prévias, na aprendizagem é sublinhado por Legendre:

“O reconhecimento destas representações prévias e do seu papel fundamental na aquisição de novos conhecimentos, sugere que um processo de formação não poderia privar-se dos saberes já existentes, uma vez que eles constituem a matéria-prima com base na qual se constrói todo o novo saber. Por conseguinte, formar ou ensinar não consiste simplesmente em transmitir um certo número de saberes julgados essenciais, mas em intervir sobre as

representações iniciais para as transformar. A aprendizagem não se reduz a um simples adicionar de conhecimentos ou a uma substituição de representações.” (Ib., p.159).

A referência ao papel irredutível do individual para a compreensão de aprendizagem é também aludida por Barth quando afirma que em cada momento: “ É através da nossa história cognitiva, afectiva e social que nós damos sentido à realidade, seja ela existencial, matemática, literária ou outra.”, (1996a, p.25). Também para Canan, em Danis, (2001, p.51), “...todos os conhecimentos são necessariamente autobiográficos, uma vez que são integrados pelo aprendiz em função das características e das situações de vida que lhe são próprias.”

A possibilidade de o adulto desempenhar um papel activo enquanto aprendiz de algo, é no entanto, e segundo Pineau (1988) colocada em causa, pelo facto de as teorias clássicas da psicanálise e da aprendizagem não reconhecerem ao indivíduo na vida adulta a capacidade de grandes alterações. Aliás, no entender daquelas correntes, entre o processo de crescimento biológico da juventude e o de senescência situar-se-ia um espécie de “planalto raso”, relativamente à novas aquisições.

Entendendo como factores de aprendizagem as condições que potencialmente influenciam o processo de aprendizagem dos adultos, podem ser elaborados dois abrangentes conjuntos de variáveis (Undurraga, 1986):

- a) Relativos ao aprendiz, onde estão incluídas as características individuais (psicológicas, socio-afectivas e cognitivas) e características do meio socio-cultural.
- b) Relativos à situação de aprendizagem, como o formador, no contexto de uma situação formal, ou factores que se prendem com o clima institucional, ou contexto onde decorre a experiência de aprendizagem.

Os momentos e circunstâncias que envolvem aprendizagens significativas da existência do adulto não estão, por norma, consignados em nenhum certificado, eles surgem no *continuum* de vida, na sequência de momentos particulares, específicos, fora dos contextos formais de ensino. Citando Riverian-Simard, Pineau refere que o adulto vive: “ ...estados quase permanentes de interrogação (...) os períodos de interrogação não são momentos excepcionais da vida adulta; pelo contrário, situam-se constantemente no próprio coração do quotidiano da vida no trabalho.” (1988, p.69-70).

Nesta realidade, o adulto tende a relativizar a importância que é atribuída às aprendizagens formais, face às aprendizagens informais.

No quadro teórico das histórias de vida, Dominicé considera que: "... a maior parte dos adultos aprendem em parte, a formar-se no decorrer dos acontecimentos que balizam a sua existência, através daquilo que alguns apelidam «a escola da vida»." (1996, p.97), acontecimentos que para este autor se enquadram em situações de investimento pessoal, do estabelecimento de relações sociais ou desafios existenciais. Para Danis (2001), têm relevo neste contexto, as dimensões do trabalho e da afectividade, como por exemplo o nascimento de um filho ou o falecimento de um ente querido. Dominicé, neste sentido, sublinha: "Não é de admirar que os momentos charneira da existência correspondam a tempos ricos de aprendizagem.", (1996, p.101). Gronemayer (1989) associa a aprendizagem que decorre dos «choques», ou acontecimentos da vida como derivando da obtenção de uma competência face à vivência e resolução de uma crise.

Do que atrás fica exposto, relevam-se duas perspectivas principais de considerar a aprendizagem. Uma de natureza condicionante, por via da abordagem comportamentalista da Psicologia, e outra definida como construtivista, decorrente do modelo cognitivista. Em função do ponto de vista adoptado pelo investigador em educação, derivam duas abordagens distintas no estudo das aprendizagens. Neste trabalho partimos da visão da aprendizagem como uma experiência essencialmente subjectiva, e cuja compreensão só pode ser efectivamente alcançada à luz da interpretação que os sujeitos envolvidos, elaboram sobre as suas aquisições, bem como será também indispensável enquadrar essas interpretações no próprio percurso de vida dos indivíduos.

1.3.2 - Aprendizagem experiencial

A noção de que a experiência é fonte de aprendizagem, é transversal à história da própria humanidade, tendo a sua formalização sido estabelecida há pelo menos 2200 anos na China antiga (Barkatoolah, 1989).

O interesse moderno sobre o papel da experiência como sendo agente potencial de aprendizagem foi introduzido por Dewey, no decorrer de algum sentimento de insatisfação, face aos modelos de educação em prática nos estabelecimentos escolares.

Dewey chamou a atenção para o mérito da experiência prática como método educativo, tendo para tal recorrido a um quadro conceptual em que é estabelecida uma polarização entre a abordagem educativa tradicional e magistral, assente sobre uma transmissão de conteúdos teóricos, sem qualquer recurso a uma vertente prática, e uma abordagem progressista, que valoriza a individualidade e a aprendizagem pela descoberta, ao invés da imposição externa (Landry, 1991).

Outros autores sublinham que o recurso abusivo à metodologia experiencial defendida por Dewey pode condicionar "...a ausência de direcção e de fins precisos..." (Ib., p.22). Dominicé (1991) sublinha também o facto de a experiência compreender um enorme poder formativo, mas quando contextualizada em função de um sentido e não realizada ao improvisado.

Noutra perspectiva, para Piaget, a aprendizagem constitui um processo de mudança no qual o saber é resultante de uma transformação da experiência, propondo em conjunto com Lexin um modelo de quatro etapas da aprendizagem em que está compreendida a experiência, a reflexão sobre a mesma e a formação de conceitos abstractos, que podem determinar novos comportamentos (Barkatoolah, 1989).

Kolb entendeu a aprendizagem experiencial como "...um processo pelo qual os conhecimentos são criados a partir da transformação da experiência." (Landry, 1991, p.26) e identificou 4 principais estilos de aprendizagem:

- experiência concreta, em situações em que o indivíduo se apropria dos problemas de uma forma mais intuitiva do que estruturada;
- observação reflectida, em que o indivíduo privilegia a compreensão das ideias em detrimento da sua aplicação prática;
- conceptualização abstracta, onde o sujeito usa predominantemente os processos da lógica com vista à elaboração de teorias gerais;
- experimentação activa, usada pelas pessoas que procuram de uma forma prática e activa mudar as situações, valorizando o que funciona, mais do que a que reflexão sobre os processos.

O modelo de Kolb permite perceber e utilizar as vias preferenciais utilizadas por cada indivíduo em situações de aprendizagem.

Em suma, a experiência por si só não se pode constituir em aprendizagem se sobre ela não operar uma actividade de tomada de consciência, que conduza à conceptualização do vivido da realidade. Como afirma Barkatoolah: "A experiência

concreta não tem hipótese de aceder ao estatuto de saber generalizável, se não pelo prisma da abstracção e da reflexão...” (1989, p.50).

Do ponto de vista da teorização sobre a aprendizagem através da experiência surgem duas correntes distintas salientadas por Finger (1989), uma de tradição anglo-americana, por oposição a uma corrente europeia de origem alemã. A primeira materializa-se, em termos de formação, no “*experiential learning*”, em que as experiências consistem na realidade em experimentações «científicas» da realidade, na tentativa de resolver problemas concretos. Na perspectiva de Finger as modalidades de formação que assentam nesta filosofia de aprendizagem podem ser algo limitadas. A segunda corrente de aprendizagem pela experiência que se intitula “formação pelas experiências de vida”, é, no seu entender, bastante mais abrangente, constitui “...o laço entre a pessoa e a cultura, fundamento da identidade da pessoa.” (Ib., p.39), e deve ser o caminho a seguir em educação de adultos. Este ponto de vista é fundamentado no facto de que a relação do homem com a vida não pode ser entendida nos mesmos moldes que a realidade laboratorial. Como afirma o mesmo autor,

“...a formação da pessoa não pode portanto ser pensada a partir do ideal do conhecimento científico da época, que é um ideal mecanicista e racionalista. Pelo contrário, a formação da pessoa deveria ser pensada a partir da sua relação natural, isto é, orgânica, com a «vida».” (Ib., p.42).

Ainda que não seja consensual a delimitação dos domínios da aprendizagem experiencial, diferentes autores procedem a diferentes tentativas de definição. Roelens considera a formação experiencial como:

“...a descoberta progressiva por um sujeito (individual ou colectivo) da sua capacidade para pensar e produzir realidade a partir de cada experiência, metabolizando, de forma singular, as potencialidades heurísticas das situações onde se inscreve a sua identidade.” (1991, p.220).

Para Pineau, a formação experiencial define-se como uma formação por contacto directo, mas reflectido, sendo que este contacto deve ser reflectido, “...sem mediação de formadores, de programa, de livros, de ecrã ou mesmo de palavras...”, (1991, p. 91).

Estas noções entendem a aprendizagem através da experiência, como um processo potencialmente permanente, possível para todos os indivíduos, sem a

intervenção de terceiros, cujas capacidades cognitivas lhe permitam operar um processo de desconstrução da realidade e posterior reconstrução no seu próprio quadro mental.

A este propósito surge a distinção que Josso faz entre aquilo que designa por «vividos» e experiência, já que a primeira noção implica uma situação que o sujeito viveu, mas sobre a qual não é realizada qualquer actividade de reflexão. Como defende: “Estes vividos atingem o estatuto de experiências a partir do momento no qual nós fizemos um certo trabalho sobre o que se passou e sobre o que foi observado, percebido e sentido.” (1991, p.192). Por outro lado, Bonvalot centra-se na dimensão de incerteza que a experiência subentende: “Uma experiência é o encontro de um sujeito com um dado (qualquer coisa ou qualquer um) do mundo objectivo, social ou subjectivo. Este encontro comporta sempre uma parte de imprevisibilidade.” (1991, p.317). A experiência constitui também na visão deste autor uma constante no *continuum* de vida do indivíduo.

Se o poder formativo da experiência parece ser incontornável, torna-se necessário esclarecer por que processos esta opera. Diferentes autores referem condições necessárias para que a experiência se traduza numa aprendizagem efectiva. Para Landry (1991) é indispensável que haja contacto directo e a possibilidade de agir, para Josso (1991), a experiência só é formativa se sobre ela for realizado um trabalho cognitivo que vise uma articulação consciente entre actividade, sensibilidade, afectividade e ideação. Pasquier (1991) coloca o ênfase na competência das capacidades cognitivas do sujeito.

Diversos factores influenciam a qualidade das aprendizagens por via experiencial e a sua eficácia. No entender de Bonvalot (1991) cada experiência que se sucede não é desfazada de todas as outras, ela interage com todas aquelas que o indivíduo já vivenciou, na medida em que a reacção a cada nova experiência se produz em função de todas as anteriores, o que confere à aprendizagem um carácter de unicidade individual. Pasquier (1991) enumera como aspectos determinantes a repetição da experiência, a sua intensidade e a coerência que aparenta para o indivíduo.

De facto a formação experiencial, requer um grande envolvimento por parte do aprendente, já que, em princípio, são mobilizados recursos de várias dimensões, quer de ordem física, cognitiva, afectiva ou comportamental. Em termos de efeitos, para além das competências da ordem do saber prático, é também operada uma transformação no autoconceito do indivíduo, e numa nova relação consigo mesmo e com o meio,

(Lacroix, 1991). Na perspectiva de Landry (1989), regista-se também um incremento das competências ao nível dos conhecimentos e comportamentos

Neste trabalho optamos por abordar uma perspectiva da experiência como sendo onnipresente e potencialmente formativa, podendo decorrer em contextos pouco estruturados, e que requer do indivíduo competências do foro cognitivo com vista ao processamento da informação recebida através dos vários sentidos.

Reconhecemos como factores determinantes no processo de aprendizagem a intensidade, repetitividade das situações, bem como o sentido que lhes é conferido pelos sujeitos.

1.3.3 - Educação informal

Quando a questão da experiência se formula como um objecto de estudo no âmbito da pesquisa em educação, constitui-se uma nova problemática, que consiste no reconhecimento de que as situações passíveis de proporcionar momentos de aprendizagem, se multiplicam exponencialmente, ou, no limite, estão presentes em cada momento da vida dos indivíduos.

Esta ideia conduz a uma reelaboração do próprio conceito de Educação, que se enriquece e expande, abrangendo todos os sectores da actividade humana, muito para além das práticas conscientes e formais de ensino em momentos estruturados, com objectivos definidos à partida e pretensamente verificáveis. Esta constatação é sublinhada por Josso: “A modalidade mais corrente do acto de aprender é sem qualquer dúvida aprender sem o saber, quer em situação de formação, quer na nossa vida quotidiana...” (2002, p.180)

A integração desta modalidade de educação exige o reconhecimento do curriculum oculto que perpassa a vida do sujeito, clarificando-o e atribuindo-lhe um espaço próprio, e explicitável. Não é pacífica, no entanto, a redefinição do mapa conceptual da educação, num contexto social que privilegia os *Curriculum vitae* tradicionais, que valorizam os saberes dos indivíduos formalizados em certificados, ignorando todos os aspectos e momentos formativos que neles não são englobados ou conferindo um estatuto de menoridade à aprendizagem não-planeada e aos saberes através desta constituídos (Hrimech, 1996).

Pain (1990) propõe uma reconfiguração do mapa conceptual do território educativo, que tradicionalmente apenas reconhecia a educação realizada no âmbito escolar como merecedora de análise, e mais recentemente, a Educação Permanente, no domínio da formação profissional identificáveis, respectivamente pela terminologia da Educação formal *versus* Educação não-formal.

A pertinência da inclusão de um novo conceito - Educação Informal - na classificação das práticas educativas, justifica-se se aceitarmos que existe todo um conjunto vasto de situações de consequências educativas que não se enquadram nos conceitos tradicionalmente considerados, e cujo potencial é de tal ordem que não pode ser menosprezado.

A existência da educação informal é legitimada por vários autores, nomeadamente para Hrimech (1996): “É a modalidade de educação mais antiga e mais expandida, porque é essencialmente graças a ela, que a transmissão da língua materna, os comportamentos e os valores de todas as comunidades humanas sempre se processou.”, (p.220). E, posicionando a educação informal face à educação formal, aquela é incontornável, já que:

“...do ponto de vista social a acção educativa começou bem antes da existência da escola como instituição encarregada de transmitir aos jovens os adquiridos da sociedade. Do ponto de vista individual ela começa bem antes da criança ir à escola, desde o seu nascimento.” (Pain, 1990, p.129).

É uma tarefa difícil, se não impossível, balizar o campo de acção da Educação Informal, dado que, revela uma natureza heterogénea, não tem uma estrutura evidente e formalizada, não possui conteúdos definidos à partida, nem controlo consciente dos processos, e não pressupõe conhecimentos prévios, sendo o aprendente o actor central.

Coombs (1985), citado por Pain define Educação Informal como “...o processo ao longo da vida pelo qual cada pessoa adquire e acumula conhecimentos, capacidades, atitudes, experiências quotidianas e exposição ao meio...”, (p.126).

Substituindo o termo educação por aprendizagem, Hrimech (1996), defende um conceito de aprendizagem informal que compreende todas as aquisições decorrentes da experiência de vida quotidiana, e que se caracteriza fundamentalmente, por ser pouco planificada, difusa e poder acontecer de modo ocasional e involuntário.

Com efeito, se entendermos a educação em geral como um icebergue, poderíamos afirmar que os processos formais se encontram acima da linha de água,

visíveis, e os processos informais abaixo daquela, invisíveis, mas mais representativos dessa massa, já que ocorrem de um modo constante e ao longo da vida.

Na linha do que afirmam Pain (1990) e Hrímech (1996), também Berbaum (1993) defende que a aprendizagem não se confina a situações específicas no espaço-tempo, aliás, as situações passíveis de originar aprendizagens estão diluídas no meio em que o sujeito vive de tal forma que o próprio meio se constitui como uma situação de aprendizagem. Estas aprendizagens surgem: “...como um efeito anexo (secundário) das situações que a vida propõe. Todas as informações recebidas contribuem para modelar a nossa maneira de ser.” (p. 17).

A Educação informal pode ser entendida, segundo Pain (1991), como uma matriz ampla e abrangente onde se inscreve qualquer outra modalidade de educação. Hrímech, não considera as modalidades de educação formal incluídas na Educação informal, mas sim de uma forma complementar:

“Os dois modos de aprendizagem, estando em interacção constante, influenciam-se mutuamente no indivíduo. A aprendizagem informal encontra-se completada e orientada pela aprendizagem formal, (Lengrand, 1982), à qual ela fornece uma base necessária ou um complemento útil.” (1996, p.224).

Ainda que uma visão linear da aprendizagem informal a possa conotar com uma certa desestruturação e um carácter de dependência do acaso, ela é considerada: “...o agente principal da socialização e da transmissão da cultura e do desenvolvimento da personalidade. As suas fontes são praticamente ilimitadas.” (Ib., p.223).

A natureza e o teor dos saberes resultantes destes processos, não são de todo evidentes já que surgem por inerência associados a situações “educogénicas”, nas quais a dimensão educativa pode não ter um carácter de centralidade, ou estar mesmo ausente e são classificados, como “co-produtos”, latentes e residuais, (Pain, 1990). Este efeito torna-se secundário já que é o produto de um evento que não tem um objectivo educativo. A actuação do sujeito não é dirigida no seu desempenho sob o ponto de vista da aprendizagem, mas sim por outro qualquer prisma.

Num esforço de sistematização das aquisições que são fruto de situações de educação informal, Hrímech (1996), elaborou um quadro onde tipifica 5 tipos de aprendizagens que não são mutuamente exclusivas, indicando apenas tendências:

1. Aprendizagem pela experiência.

Caracteriza-se essencialmente pelas aprendizagens que advêm da experiência directa, controlada pelo sujeito, e que se constituem em saberes-fazer concretos.

2. Aprendizagem fortuita.

Constitui-se a partir da vivências diárias do indivíduo em situações que este não controla de natureza imprevista.

3. Aprendizagem intuitiva.

Diz respeito a um processo de compreensão imediata, ou “insight”, a partir dos saberes da experiência adquiridos de modo imediato, não mediado, sem o recurso à razão.

4. Aprendizagem implícita ou inconsciente.

Identificável com os processos adaptativos dos organismos complexos em que os saberes decorrentes são raramente explicitados pelos sujeitos, mas influenciam permanentemente as suas acções.

5. Aprendizagem autodirigida.

Controlada pelo sujeito, com objectivos definidos e com níveis de estruturação determinados pelo próprio. Frequentemente denominada como autododaxia ou aprendizagem independente.

A experiência de vida concede aos indivíduos a possibilidade de constantemente, interiorizarem novas competências, ainda que este processo não se desenrole de uma forma consciente ou muito elaborada. Os saberes que emergem desta vivência são tão diversos quanto os percursos de vida individuais.

Neste estudo seguimos uma linha que reconhece às aprendizagens informais um carácter de omnipresença e inevitabilidade no decurso das experiências de vida dos sujeitos. Pela natureza única do percurso de vida de cada sujeito, é de esperar que diferentes indivíduos registem diferentes saberes, mesmo em contextos ou experiências semelhantes. Em termos de representatividade, adoptamos a noção de que as aprendizagens decorrentes dos contextos informais constituem-se na maior parte dos saberes que os indivíduos possuem.

1.3.4 – Socialização e formação

Os processos de formação, por via formal ou informal, são, no entender de Lesne e Minvielle (1990), processos de socialização reconstruídos. Com efeito, na lógica destes autores, esta proximidade entre processos de formação e de socialização, manifesta-se pelo facto de ambos partilharem princípios, quer do ponto de vista da sua natureza, quer do ponto de vista da sua finalidade. Objectivamente, podemos afirmar que formação e socialização condicionam, a prazo, alterações nas trajectórias de vida individuais.

Nesta perspectiva, importa então considerar o processo de socialização, bem como as especificidades de que este se compõe, no intuito de compreender o modo como os indivíduos se formam e adequam os seus comportamentos ao meio em que estão inseridos.

Enquanto actor, cujo desempenho se desenvolve num sistema complexo de relações, o sujeito é alvo de vários processos de socialização ao longo do seu percurso biográfico. No domínio da sociologia, várias têm sido as correntes que procuram conceptualizar esta relação entre actor e sistema.

Na perspectiva da sociologia da experiência, defendida por Dubet, é introduzida uma ruptura com a perspectiva tradicional, em que a estrutura assumia uma preponderância determinante sobre a acção concreta do indivíduo. Passa a ser valorizado o actor em detrimento da estrutura. É da interacção entre os actores com interesses específicos, entre si, e na relação com a organização, que se produz um determinado contexto. Face a um noção anterior de que a organização condicionava, na essência, a evolução do actor, nesta nova concepção, Dubet sustenta que:

"Contra as imagens demasiado claras que opõem a cultura toda-poderosa à razão autónoma, convém antes sublinhar que existe na experiência social alguma coisa de inacabado e de opaco, porque não há adequação absoluta da subjectividade do actor e da objectividade do sistema." (1994, p.96).

A realidade revela no entanto que a manutenção da integridade da estrutura e a sobrevivência do sistema, se produzem à custa de um processo de ajustamento mútuo entre indivíduo e estrutura social. O termo socialização, segundo Rocher, referido por Lesne e Minvielle é definido como:

“...o processo pelo qual a pessoa aprende e interioriza, ao longo da vida os elementos socioculturais do seu meio, os integra na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências e de agentes sociais significantes e a partir dos quais se adapta ao ambiente social onde vive.” (1990, p.38-39).

Entendida nesta perspectiva, a socialização assume-se como um processo permanente e transversal à própria vida do indivíduo que vive em sociedade. À semelhança de uma aprendizagem concreta num momento definido, a experiência de vida é por si só socializadora pelas situações em que o indivíduo está envolvido. Num determinado contexto, cada sujeito integra as normas a que deve obedecer a sua conduta, na prossecução dos objectivos a que se propõe. Num mundo que não é estático, mas que pelo contrário, se caracteriza pela permanente mutação, os processos de socialização só terminam com a morte do próprio indivíduo.

Diversos momentos da vida do indivíduo como a infância, a passagem à vida profissional ou o casamento, comportam características específicas, que originam momentos fortes de socialização, e cuja determinação se processa de modo mais ou menos formal. A família é tradicionalmente, e desde o nascimento, a principal instância socializadora a que a criança está sujeita, determinando até, em alguns casos, como no sistema de castas indiano, a posição social do indivíduo para o resto da vida.

Para além da família, outras entidades têm alguma preponderância na integração do indivíduo em sociedade, (Giddens, 1993; Lesne e Minvielle, 1990). A escola assume-se como um local determinante na aprendizagem formal; os grupos de pares, como indivíduos com quem se partilham contextos, actividades ou interesses; os meios de comunicação de massa, com uma expressão mais marcada nos últimos 50 anos, distinguindo-se pelo seu alcance e pela qualidade e quantidade de informação que difundem.

Para Dubar, a socialização poder-se-á definir como: “...a “imersão” dos indivíduos naquilo que chama “mundo vivido”, o qual é, simultaneamente um “universo simbólico e cultural” e um “saber sobre este mundo” (1997, p.94).

A criança, ao longo do seu desenvolvimento incorpora uma grelha interpretativa do mundo, a partir da qual tudo aquilo que aprende vai ser interpretado e na qual tudo se vai inscrever de uma forma sólida. Esta interpretação entende o meio em que se desenvolve o seu percurso, não como um mundo possível entre outros mas como o mundo. Este fenómeno em que o sujeito constitui uma identidade própria, é designado

de socialização primária. Instâncias tais como a família e a escola são, neste quadro, consideráveis como contextos de socialização primária. Berger e Luckman (1999), atribuem mesmo à socialização primária o carácter de requisito indispensável à introdução de um indivíduo no mundo objectivo de uma sociedade.

Numa sociedade com um corpo de conhecimentos bastante complexo e em contínua diversificação, que determina a divisão do trabalho, é inevitável que o indivíduo se envolva em processos de socialização secundária, que consistem na integração em submundos especializados de conhecimento e de actividade. Submundos que se constituem como realidades parciais com coerência interna, e na qual estão presentes dinâmicas eventualmente contrastantes com o mundo exterior. Este processo desenvolve-se especialmente na vida adulta, e embora se caracterize pela permanência, existem no entanto períodos mais favoráveis à aquisição de novas competências.

A interiorização de novos papéis sociais, pressupõe a aquisição de novos saberes especializados, definidos por Dubar como:

“...maquinismos conceptuais que têm subjacentes um vocabulário, receitas (ou fórmulas, proposições, procedimentos), um programa formalizado e um verdadeiro “universo simbólico” veiculando uma concepção do mundo (...) mas que, contrariamente aos saberes de base da socialização primária, são definidos e construídos por referência a um campo especializado de actividades e são, portanto, “situados diversamente no interior do universo simbólico enquanto globalidade” (1997, p.96).

Nos adultos, os mecanismos de socialização secundária não são no entanto uma simples reprodução dos processos que presidem à construção de uma identidade social na criança. Esta assume desde, a sua elaboração, um carácter de alguma provisoriedade, já que pode ser alvo de reestruturações ao longo do seu processo de desenvolvimento.

A produção e integração destes saberes constitui-se como potencial fonte de conflituosidade na relação que o indivíduo mantém, quer com o meio em que está inserido, quer consigo próprio. A socialização secundária é então um processo contínuo de remodelação das estruturas originadas no indivíduo pelo processo de socialização primária, manifestada através da elaboração de novas representações e comportamentos adaptativos do indivíduo ao seu contexto. Berger e Luckman defendem mesmo que são “...necessários graves choques biográficos para desintegrar a sólida realidade interiorizada na primeira infância.” (1999, p.150). Um factor julgado de primordial importância na efectivação de um processo de socialização secundária é a existência e

actuação de uma *estrutura de legitimação*, que confere a plausibilidade ao novo contexto a integrar. A nova realidade surge como uma alternativa, àquela anteriormente conhecida, havendo lugar a uma reconfiguração dos processos interpretativos que o sujeito desenvolve.

Um processo de socialização secundária efectivo, origina redefinições identitárias relativas ao indivíduo, que se concretizam "...pela e na actividade com outros..." (Dubar, 1997, p.106) e ocorrem segundo este teórico, através de dois processos distintos. O primeiro é relativo à atribuição que é feita pelas entidades externas ao indivíduo, que com ele desenvolvem acção em conjunto. O segundo prende-se com o próprio indivíduo e tem a ver com a incorporação activa que este faz da sua nova identidade.

Para Berger e Luckman os processos de socialização secundária que se caracterizam pela radicalidade, podem ser classificados de ressocialização, já que condicionam uma alteração profunda, tendendo para a totalidade e eliminando a maior parte da matriz conceptual anteriormente usada pelo indivíduo para interpretar o mundo. As conversões religiosas configuram-se muitas vezes como processos de ressocialização, em que o passado "...é reinterpretado para que se harmonize com a realidade presente, com tendência a retroprojectar no passado vários elementos que de modo subjectivo não eram acessíveis naquela época." (1999, p.167). Os mesmos autores distinguem, ainda numa dimensão temporal, ressocialização de socialização secundária, já que esta última: "...o presente é interpretado de modo a manter-se numa relação contínua como o passado, com tendência a minimizar as transformações ocorridas." (Ib., p.167), e em síntese: "...a base de realidade para a ressocialização é o presente, para a socialização secundária é o passado." (Ib., p.167).

A ressocialização será então um processo que assemelha à socialização primária porque tem de interpretar a realidade e conferir-lhe um novo significado exigindo para tal uma "forte identificação" afectiva com o pessoal socializante, característica da infância". Distingue-se da socialização primária porque é um processo que, ao invés daquela, não começa do nada, mas implica um momento de desestruturação total da forma como a realidade é percebida.

Claude Dubar (1997) na linha de raciocínio de Berger e Luckman admite que os choques biográficos acompanham "...um duplo processo de "mudança do mundo" e de "desestruturação/reestruturação de identidade". e propõe um conjunto de condições necessárias à consolidação de um processo de socialização secundária:

- "um assumir de "distanciamento de papéis" que inclui uma disjunção de "identidade real" e de "identidade virtual".

- "técnicas especiais que asseguram uma forte identificação ao futuro papel visado, um forte compromisso pessoal".

- "um processo institucional de iniciação que permite uma transformação real da "casa" do indivíduo e uma implicação dos socializadores na passagem de uma "casa" para outra."

- "a acção contínua de uma "aparelho de conversação" que permite manter, modificar e reconstruir a realidade subjectiva incluindo uma "contradefinição de realidade" (transformação do mundo vivido pela modificação da linguagem)".

- "a existência de uma "estrutura de plausibilidade", isto é de uma instituição de mediadora ("o laboratório de transformação"), que permita a conservação de uma parte da identidade antiga acompanhando a identificação a novos outros significativos, percebidos como legítimos."

Os processos de socialização contribuem assim para a formação da identidade do indivíduo, como sublinha Dubar:

"A identidade é um produto de sucessivas socializações. (...) A identidade de alguém é, aquilo que ele tem de mais precioso: a perda identidade é sinónimo de alienação, de sofrimento, de angústia e de morte. Ora a identidade humana não é dada, de uma vez por todas, no acto do nascimento: constrói-se na infância e deve reconstruir-se sempre ao longo da vida." (1997, p.13).

A acrescentar a isto o mesmo autor salienta que a elaboração da construção identitária do indivíduo não é um processo no qual ele é o único interveniente, este processo está, aliás, bastante dependente daqueles que o rodeiam e que o julgam.

CAPÍTULO 2 - ESTAR DOENTE

2.1 – SAÚDE VERSUS DOENÇA – CONCEITOS.

A concepção dos princípios que norteiam a abordagem ao indivíduo doente ⁽¹⁾, bem como a noção de indivíduo saudável, foi influenciada desde que, nos séculos XVIII e XIX, se estabeleceram novas coordenadas filosófico-científicas. Com efeito, a partir da visão cartesiana que estabelece um mundo dicotómico entre a realidade espiritual e a realidade material, define-se um modo próprio de entender a doença como um mal que aflige o corpo, a partir da qual a alma do sujeito doente é dissociada da patologia física. A intervenção pode, doravante centrar-se no corpo doente, eliminando até se possível o ruído introduzido pelos factores psicológicos.

O corpo passa a ser reificado, compreendido como um autómato cuja mecânica por vezes tem um funcionamento desviante à norma, mas cuja regularização será alcançada se o médico dominar as leis gerais que têm aplicabilidade em qualquer corpo, (Paúl e Fonseca, 2001). Esta representação do corpo-máquina reflecte-se em toda uma terminologia que privilegia o uso de termos originários da mecânica, como referem Abdelmalek e Gérard: “A canalização do tubo digestivo, as condutas urinárias, o coração que bombeia, os pulmões que insuflam, as articulações que deslizam...”, (1995, p.47).

Esta ideia dual de pessoa/doença, permitiu que na idade contemporânea se tenha procedido a uma gradual separação do indivíduo e da sua doença, o que condiciona fre-

⁽¹⁾ A terminologia usada para designar aquele que padece de algum mal é extensa, e denota, em cada caso, diferentes concepções do que é estar *doente*. Neste trabalho privilegiamos o termo “doente” porque nos parece ser a designação mais ampla e representativa, já que para além do mal-estar físico que a vivência individual da doença proporciona, se registam também incontornáveis mudanças do ponto de vista social e emocional dos indivíduos hospitalizados. O termo “doente”, de resto, faz parte de uma configuração identitária auto atribuída, pelo próprio indivíduo hospitalizado.

Como alternativas teríamos o termo “paciente” que remete para uma concepção de indivíduo que passivamente é objecto de cuidados; o termo “cliente” que ainda que seja central em alguns modelos de prestação de cuidados, pode determinar uma perspectiva dos cuidados de saúde tendencialmente com fins económicos; e ainda a designação “utente” que se afirma progressivamente no discurso das instituições, mas cujo alcance não está ainda interiorizado, na generalidade, pelos utilizadores dos serviços de saúde.

quentemente uma intervenção exclusiva na doença e nos processos patológicos que a condicionam, relegando para um plano periférico o próprio indivíduo, classificado por Collière (1990) como um “epifenómeno”. Ainda neste sentido Hesbeen refere:

“A medicina experimental, querendo basear e objectivar as suas práticas segundo os métodos das ciências ditas «duras» avança para uma redução do ser humano limitando-o apenas à sua parte objectivável. É por isso que, na medicina moderna, há tão pouco espaço para o que o doente exprime, para a sua palavra que é essencialmente, subjectiva.” (2000, p.15).

Esta natureza de alheamento condicionado do indivíduo face à sua doença e mesmo ao seu corpo, levou ao longo do século XX à generalização de serviços de saúde em que as práticas dos cuidados se caracterizam pela distanciação entre técnico de saúde e doente, com ténues relações interpessoais. Muitos indivíduos confundidos com uma linguagem técnica que lhes é completamente inacessível e insatisfeitos de alguma forma com um relacionamento com os serviços no qual não têm voz activa recorrem a outras vias de resolução do seu problema nas chamadas medicinas populares ou alternativas. Mesmo dentro do próprio sistema de saúde, outras pessoas, pela sua proximidade física e relacional, não sendo técnicos de saúde diferenciados, podem constituir fonte de informação ou um recurso aparentemente válido.

Nas práticas de educação para a saúde reflecte-se também este modo de estar já que se parte do princípio que a população não sabe nada, “... toda uma cultura popular, um saber colectivo experimentado no quotidiano, na vida de família, é negligenciado, desvalorizado, condenado, não reconhecido, não pesquisado.” Barbosa (1985, p.22).

Nas últimas décadas, surgiram em alternativa a este modo de perspectivar a abordagem ao indivíduo doente e conceber os cuidados de saúde, perspectivas críticas que de alguma forma devolvem ao sujeito um carácter de complexidade, unicidade e de centralidade no processo de cuidados de saúde, tal como defende a Organização Mundial da Saúde, que define a saúde em 1946 como, “... um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência da doença ou enfermidade.”

À luz de um quadro teórico que se funda na perspectiva da Psicossociologia, Paúl e Fonseca, argumentam que “...para analisar as várias problemáticas relativas à saúde, concorrem diferentes ordens de factores e com diferentes pesos.”, (2001, p.XII). O estudo psicossocial da saúde e da doença, “...permite-nos de uma forma integrada,

circular num continuum que vai do indivíduo à sociedade, da percepção da saúde à construção social da medicina.” (Ib., p.XII).

Esta abordagem subentende, naturalmente, um princípio fundamental que remete a compreensão do doente para uma perspectiva não redutora e não linear, e que exige uma ultrapassagem da tradicional perspectiva bio-médica, positivista, que privilegia o exame físico, a análise quantitativa dos parâmetros do doente e a prescrição terapêutica. Constrói-se uma visão alternativa que considera a saúde e a doença como uma construção da vida social, em que o estudo da saúde-doença deve sempre compreender uma contextualização do seu processo e uma compreensão do modo como este é vivenciado pelos indivíduos sejam doentes ou técnicos de saúde.

A partir de um outro ponto de vista, Collière (1999) define uma corrente socioeconómica a partir dos anos 50, que privilegia a relação entre quem presta e quem recebe cuidados de saúde. Esta linha, introduz-se nas instituições através dos aportes teóricos da Psicologia, da Psiquiatria e mais tarde de outras ciências humanas, e preconiza os cuidados de saúde como passíveis de serem individualizados em função dos seus destinatários, reconhecendo ao sujeito uma especificidade própria.

Críticas mais radicais, põem mesmo em causa a eficácia dos sistemas de saúde já que como afirma Illich (1977), referido por Cabral, Silva e Mendes, a medicina teria um efeito iatrogénico, ou seja, ela própria seria indutora da doença e reduziria nos indivíduos “...a capacidade para lidarem com a sua própria doença, tornando-os dependentes dos médicos.” (2002, p.38).

Do confronto entre diferentes formas de perspectivar a abordagem à saúde e à doença, surgem diferentes paradigmas, alvo de sistematização por parte de vários autores, e que nos reenviam aos diversos modos de relação que se estabelece entre técnico de saúde e doente. Sommer-Péré (2000) propõe três tipos de modelos para analisar a relação na prestação de cuidados entre cuidador e cuidado:

- O modelo paternalista, a que subjaz um relação caracterizada, essencialmente, pela assimetria existente entre os saberes do técnico e do utente e das eventuais relações de poder que a partir daqui se podem estabelecer. O princípio ético que conduz a actuação do técnico é o da beneficência.

- O modelo contratual, baseado no princípio da autonomia, em que é fornecida ao utente toda a informação, subentendendo-se a sua livre escolha e a liberdade de adesão ao tratamento e o direito à informação. Esta abordagem define-se a partir da

noção de contrato entre duas partes iguais e autónomas, e é esperado que o utente seja capaz de tomar decisões racionais.

- O modelo pedagógico, reconhecendo alguma assimetria nos saberes na relação cuidador-cuidado, mas não legitimando práticas de dominação, subentendendo antes, adaptação e disponibilidade do técnico de saúde que é implicado no processo. Esta relação dá lugar ao estabelecimento de um projecto conjunto com objectivos tangíveis, mas onde as palavras de ordem são a adaptabilidade e a relativização, existindo lugar para a negociação.

A fronteira entre saúde e doença, a existir de uma forma não ambígua, está ainda por definir. A partir do interior de cada campo disciplinar estabelecem-se representações distintas do que é efectivamente ser saudável ou doente.

O estado natural esperado das pessoas é que sejam saudáveis (Ogden, 1999), então, a doença é na essência, conceptualizada a partir do conceito de saúde, e mais vulgarmente pela sua ausência. Diz-se que se *é* saudável (carácter de permanência), como se diz que se *está* doente (carácter de transitoriedade). Já nos doentes crónicos esta situação tende a alterar-se e pode dizer-se que: “Ele *é* doente”.

Leventhal (1980), enquadrou a sua teoria das cognições da doença no *modelo de auto-regulação da doença*, que se baseia, segundo Ogden, num modo de gerir as situações de doença como se trata da resolução de outros problemas em geral:

“Em termos de saúde e doença, se o ser saudável é o estado normal do indivíduo, então qualquer início de uma doença será interpretado como um problema e o indivíduo estará motivado para restabelecer o seu estado de saúde (o estar doente não é o seu estado normal)” (1999, p.60).

Do ponto de vista social a doença pode ser interpretada, segundo Carapinheiro, como: “...uma situação de ameaça ao normal e efectivo desempenho dos papéis e tarefas para os quais os indivíduos foram socializados.”, (1986, p.16). Nesta forma de desvio social, os processos terapêuticos são entendidos como formas de controle social, (muito evidentes nas situações de doença mental) e podem ocorrer fenómenos de estigmatização em relação a indivíduos ou populações que padecem de patologias cuja terapêutica não é eficiente - vejam-se situações no passado como a Lepra ou a Sida. Nestes casos, “...as mitologias sociais desenvolvem um trabalho ideológico de recuperação do fenómeno no quadro social da sua existência colectiva, atribuindo-lhes significados que a individualizam e lhe fornecem caracterização social.” (Ib, p.15).

Na língua inglesa existe um termo - “*sickness*”- para designar a doença como identidade numa perspectiva social, paralelamente a outros termos como *disease* (conceito biológico) ou *illness* (percepção subjectiva e individual que o indivíduo tem da sua doença). Esta diferenciação semântica afigura-se útil, ao revelar vários eixos de análise e intervenção na resolução da doença.

As diferentes práticas de intervenção em Educação para a saúde reflectem também os modelos de prestação de cuidados dos quais são subsidiárias. Neste sentido, as práticas mais comuns privilegiam um ensino centrado no saber do técnico de saúde contendo, muitas vezes, conceitos abstractos e comunicados no “calão técnico” dos profissionais, que dificilmente é integrado pelos doentes. Estes conteúdos constituem um fim em si, já que o que se pretende é que o utente os saiba reproduzir de uma forma textual. Coucello (1997) em estudo das práticas e discursos dos médicos de clínica geral, no âmbito da educação alimentar, caracteriza a relação pedagógica entre médico e utente como assimétrica: “...nesta dependência há uma supremacia do médico sobre o utente e é o conhecimento científico que lhe dá a legitimidade para poder actuar deste modo. O médico sabe e o utente não sabe.” (p.92). Também Dias (1999) no contexto de uma investigação sobre os saberes dos doentes, em situação de hospitalização, afirma que a relação entre técnico e doente pretende que o primeiro consiga mudar as atitudes e comportamentos do segundo, “...tornando-o um receptor ignorante da comunicação e dos próprios cuidados de saúde produzidos e incapaz de assumir o papel de actor social.” (p.503).

De acordo com um modo de entender o doente como um sujeito activo no processo dos cuidados de saúde, bem como na aprendizagem relacionada com esses momentos, a acção educativa passa por permitir que a discussão das situações se processe num universo de significados partilhado com o técnico de saúde.

Numa perspectiva mais ampla, os processos educativos integrados dirigidos à população revêem-se numa das estratégias da OMS para a implementação do programa Saúde21, definida como:

“Um processo de desenvolvimento de saúde participativo e que envolva os parceiros representativos a nível familiar, escolar e do trabalho, bem como das comunidades locais e nacionais, promovendo a tomada de decisões, a implementação e a responsabilização conjuntas.” (OMS, 1998, p.7).

2.2 – ESTAR DOENTE – O SENTIMENTO DE SI

Os indivíduos reagem de forma única no processo de contacto com a sua doença, já que este é determinado em função de variáveis individuais distintas. Aspectos como diferenças culturais (em que, por exemplo, a expressão de dor pode ser mais ou menos valorizada), factores situacionais, stress ou o humor do indivíduo, influenciam o modo como o sujeito reconhece a situação de doença e gere esse acontecimento de vida.

Taylor (1995) e Ogden (1999) sugerem que a atenção que o indivíduo presta ao seu meio interno ou externo pode determinar o modo como a doença é percebida. Assim, se o indivíduo está num meio ambiente bastante estimulante, é possível que perceba os seus sintomas de uma forma menos exacerbada.

Por outro lado ao longo do processo do adoecer físico, segundo Barbosa, o corpo passa a ter um papel central no mapa mental de cada doente: “Cada parte do corpo tem uma significação simbólica para a pessoa, e muito mais para a pessoa doente, em que o corpo se pode tomar o centro da vida.” (1985, p.20).

O modo como o indivíduo entende a doença estabelece-se a partir das representações cognitivas que constitui acerca dessa doença. Estas representações são elaboradas através de várias instâncias como os media, experiência pessoal, e da família ou amigos que experienciem a doença, e incluem informação básica acerca da doença: identidade, consequências, causas, duração e cura/tratamento (Taylor, 1995).

Recorrendo a um estudo de Leventhal *et al.* (1984), Ribeiro (1998, p.286-7), refere 3 fontes importantes de informação em que as pessoas se baseiam para representar as doenças: “...conjunto de informação geral disponível na cultura,(...) comunicação com o meio envolvente (...) experiência pessoal do doente acerca da doença.”. Dias (1999) defende, no entanto, que ao longo do tempo têm vindo a aumentar as potenciais fontes de informação para o doente, sem que o médico, tenha no entanto perdido o estatuto de fonte de informação privilegiada.

Na relação que o doente estabelece com o médico ou com outros técnicos de saúde, estão em jogo universos de significados diferentes quanto às representações da patologia. Para o indivíduo, a doença traduz-se em queixas ou num “problema vivido” a partir do interior do seu corpo, para os técnicos é, antes de mais, um “problema médico” passível de ser classificado com um diagnóstico (Paúl e Constança, 2001; Gask, 2002). Esta discrepância de representações introduz facilmente dificuldades de ordem comunicacional na relação entre técnico e doente.

Barbosa (1985) e Hesbeen (2001), chamam a atenção para o facto de, durante a interacção entre médico e utente estarem em confronto duas racionalidades distintas. Se raciocínio do médico é predominantemente intelectual e racional e baseado em factores e em conceitos objectivos, já o doente não pensa com a racionalidade do técnico mas com a sua, a do sujeito singular e de uma forma predominantemente emocional.

A natureza da informação que o doente possui acerca da sua patologia, condiciona diferentes consequências, como a ocorrência ou ausência de sentimentos como ansiedade, apreensão, ira, ou uma melhor capacidade de adaptação psicossocial. A este propósito, Kfir e Slevin defendem que: “A informação é um dos melhores meios de ajudar as pessoas a reagirem à sua «nova» situação e ao sentimento de descontrolo.”, (2002, p.104). Não obstante, Dias alerta para o facto de que a informação não pode ser fornecida de um modo acriterioso: “A informação ambígua, ou com elevado grau de incerteza, parece ter consequências mais negativas que uma informação completa ou a ausência total de informação.”, (1999, p.502).

Os serviços de saúde são procurados por diferentes indivíduos, em diferentes fases da sua doença e de forma distinta, em função do modo como percebem o contexto da sua doença, bem como a evolução que esta virá a ter. Estas representações condicionam também diversos graus de participação dos indivíduos nos seus cuidados de saúde.

As reacções emocionais à doença mais comuns passam pela ansiedade, negação, depressão, choro ou raiva e são o produto da conjugação de uma série de factores individuais que condicionam uma resposta única. Uma diminuição na auto-estima, condicionada pela perda de autonomia ou por um contacto despersonalizante com o sistema de saúde podem também ocorrer. O significado psicológico atribuído à doença, pode assumir várias formas, referindo Pereira (1987) a possibilidade de a doença ser mesmo conotada pelo indivíduo como punição por comportamentos anteriores.

De entre vários factores passíveis de influenciar o estado emocional do doente podemos considerar a personalidade, a idade, vivências anteriores de doença e características da doença ou suporte social (Corney, 2002).

Segundo Moos e Schaefer, referidos por Ogden: “...a doença física pode ser considerada uma crise, uma vez que representa uma viragem na vida do indivíduo.”, (1999, p.71). Enquanto crise, a doença, exige do doente um processo de adaptação, no qual estão presentes momentos de aprendizagem, relacionados com a procura de fazer face às alterações subjacentes à doença. A gestão que é feita no sentido de ultrapassar a

crise é também individual, mas pode incluir uma postura activa de procura de conhecimento sobre a situação e perspectivas futuras, bem como a descoberta de formas de ultrapassar as limitações impostas pela doença, ou pelo contrário uma postura defensiva de procurar ignorar a questão. Por outro lado Salvado (1994) chama a atenção para o facto de a vivência de uma situação de crise conduzir o doente a uma posição mais vulnerável e sensível, assim como menos capaz para lidar com potenciais agressões oriundas do meio ambiente, bem como alguma perda da capacidade de negociação. Neste sentido, os doentes são por vezes infantilizados e tratados: "...como crianças, como seres irresponsáveis (...) Têm que se prestar a todas as eventualidades, seja de hiperprotecção seja do esquecimento e do abandono..." (Collière, 1999, p.90).

As preocupações que o indivíduo sente durante o processo de doença, passam para além da esfera orgânica, para outros níveis, como a actividade mental do indivíduo. Assim, aspectos como problemas financeiros ou questões de ordem familiar ou ocupacional, são também comuns, já que há que gerir uma situação que se caracteriza essencialmente pela incerteza e pela necessidade por vezes de tomar decisões num curto espaço de tempo.

Subjacente à evolução da doença está associado um percurso individual de aprendizagem face a competências que o indivíduo deve desenvolver. Estas competências revelam-se bastante diversificadas, desde o reconhecimento de sintomas relacionados com a patologia, ou de complicações da mesma, até modos de proceder de forma a diminuir ou evitar o aparecimento de sintomatologia, por exemplo no assumir de posturas corporais específicas em situações de doença respiratória para facilitar a ventilação pulmonar. Ao nível da medicação, as aquisições são também multifacetadas já que envolvem o domínio de fármacos com nomes, posologias e horários de administração complexos. Noutra vertente, o contacto com o sistema de saúde requer por vezes a compreensão do seu modo de funcionamento e até formas de subversão desse mesmo funcionamento para obter em tempo útil, por exemplo, uma observação médica ou um exame complementar de diagnóstico. Como afirmam Paúl e Constança:

"O comportamento de doença é uma resposta aprendida socialmente e as pessoas respondem aos sintomas de acordo com as suas próprias definições da situação. Essas definições são influenciadas pelas dos outros, largamente moldadas pela aprendizagem, socialização e experiências passadas, sendo ainda medidas pelo nível cultural da pessoa." (2001, p.77).

Os fenómenos da adesão terapêutica estão intimamente relacionados com a aprendizagem que o indivíduo faz no contexto da sua doença. Ribeiro (1998), considera que, no que se relaciona com os aspectos do conhecimento que os doentes elaboram acerca do seu contacto com a doença, após uma interacção com os técnicos, parece haver alguma aprendizagem, já que: "...as representações e as respostas aos acontecimentos são repetidamente construídas, avaliadas, com as avaliações a actuar como um sistema de retroacção (feedback) no sistema de conhecimentos integrados.", (p.288).

A adesão terapêutica, é definida por Haynes (1979), citado por Ogden (1999, p.83), como: "...a medida em que o comportamento do doente (em termos de tomar a medicação, seguir o regime dietético ou outras mudanças no seu estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde."

Ribeiro (1998), baseado em Kristeller e Rodin (1984), propõe um modelo desenvolvimental da participação das pessoas no seu próprio processo de cuidados, constituído por três fases distintas: Concordância, Adesão e Manutenção. A última destas fases – Manutenção, é definida como a: "...medida em que o cliente continua a implementar o comportamento de melhoria da saúde, sem vigilância, incorporando-o no seu estilo de vida.", (p.297). Este parece-nos ser um momento nítido de aprendizagem em que o indivíduo revela uma mudança comportamental, relativamente à sua postura face à situação de doença. Ilustrando este facto, Coucello salienta alguns factores que influenciam a adesão terapêutica, num contexto de práticas alimentares saudáveis, sendo que estes:

"...vão desde os cognitivos aos afectivos, sociais, interpessoais e ambientais e que passam pelas crenças sobre a saúde, preferências individuais, experiência e conhecimento pessoal sobre a doença, diagnóstico e intervenções terapêuticas, grau de satisfação do utente com o encontro médico, tipo de tratamento instituído, etc." (1997, p.56).

Algumas situações de doença, pela sua natureza ou pelo tratamento inadequado, evoluem para situações de cronicidade. Neste contexto as mudanças instalam-se na vida do indivíduo de uma forma muitas vezes insidiosa, mas inexorável, que condiciona a prazo a reconfiguração do *eu-saudável* para o *eu-doente crónico*. As relações que se estabelecem com as pessoas próximas ou com os técnicos de saúde, podem assumir

contornos próprios de compaixão, hiperprotecção ou marginalização. Para Paul e Constança, este processo não é pacífico e, é possível que,

“...no caso de algumas doenças crónicas, [os doentes] vivenciem o estigma a elas associado, pelo que a desejada reconstrução de uma nova identidade e a busca de um novo sentido para a vida se tornam tarefas demoradas e difíceis.” (2001, p.103).

As aprendizagens efectuadas no contexto da doença, assumem aqui de novo, um papel central e de primordial importância. Elas podem, no limite, assegurar a manutenção da vida do indivíduo, pelo que este deve desenvolver algumas estratégias de *coping* para lidar com a doença crónica.

“Estas doenças crónicas implicam, geralmente, uma grande aprendizagem por parte do paciente para lidar com os seus sintomas no dia-a-dia. Isto passa pelo controlo da medicação, da dieta e mesmo pela manipulação de tecnologia avançada, como é o caso dos hemodialisados.” (Ib., p.105-106).

E se de um lado se aprende, do outro devem estar presentes competências no domínio da educação:

“A necessidade de ensinar os doentes e/ou os seus cuidadores a manipular parâmetros fisiológicos (...) de forma a auto-regularem os tratamentos ou a solicitarem ajuda mais especializada, faz cada vez mais parte, de forma continuada, do trabalho dos profissionais de saúde.” (Ib., p.107).

Num contexto em que a incidência da doença crónica tende a aumentar entre a população, torna-se então necessário que entre técnicos de saúde e utentes se estabeleçam circuitos de comunicação, que visem a autonomização destes para a sua vivência em contextos em que os técnicos não estão presentes.

2.3 – O PAPEL SOCIAL DE DOENTE

Para além do contexto individual em que a doença é sentida, por cada indivíduo, ela existe também enquanto realidade socialmente construída, assumindo-se o doente como actor com papéis e identidades próprias, que informalmente advêm do estatuto que lhes é conferido pela sociedade.

A ideia de reconhecimento social dado à doença e à situação de doente, é bem patente se se atender ao facto de, historicamente, algumas doenças terem sido alvo de cobiça ou procura, porque lhes era atribuída a capacidade de conferirem, a quem delas padecia, estatutos sociais definidos, como a tuberculose (Carapinheiro, 1986).

No plano da relação entre o doente e os técnicos, os cuidados de saúde, de acordo com Paúl e Constança: “...não são apenas interacções ou trocas, dependendo também da construção de significados negociados e do estabelecimento de um acordo acerca do modo como aquela situação deve ser definida.”, (2001, p.80). Estes significados surgem no contexto de uma determinada cultura, que define interpretações e representações da doença, a partir das quais cada indivíduo lida com a sua situação concreta.

Também os técnicos, que, não sendo exteriores a um contexto sociocultural, e ainda que este não seja o mesmo do doente, têm um conjunto de valores em função dos quais representam e interpretam a doença do outro. Desde as representações da doença, em cada um dos intervenientes, bem como dos seus mecanismos, prevenção, cura e tratamento, tudo está envolvido numa matriz cultural envolvente (Barbosa, 1985).

A crítica ao modelo bio-médico (que define e legitima a doença a partir de variáveis biológicas, relegando para segundo plano as dimensões psicológicas ou sociais), faz-se pelos autores que defendem que o “estar doente” só pode ser compreendido à luz de uma perspectiva não unidimensional, que compreenda uma abordagem global da pessoa em todas as vertentes. Para Pereira “Estar doente é um facto social e não simplesmente biológico...” (1987, p.185-6), por oposição ao modelo tradicional em que: “...em última análise, a linguagem físico-química é considerada suficiente para explicar os fenómenos biológicos.” (Ib., p.185).

Alguns discursos, na área da saúde, têm entendido tradicionalmente, o doente como central no processo dos cuidados de saúde. Não obstante, o que efectivamente se verifica é que, na generalidade das práticas, o papel que é socialmente esperado do

indivíduo doente não lhe reconhece tal centralidade, pelo contrário, do doente, é esperado que assuma uma postura passiva perante os serviços de saúde.

Segundo esta forma de ver a doença e o papel do doente, a acção para a cura ou reabilitação dos indivíduos vem de fora, é-lhes externa, fornecida sob a forma de prescrições, exames, tratamentos ou recomendações comportamentais normativas.

O técnico de saúde pode, neste quadro, fornecer ao doente apenas uma parte da informação respeitante ao seu caso ou explicações quanto à natureza dos procedimentos efectuados, alegando por vezes, uma intenção de protegê-lo dessa informação, ou da sua incapacidade para a gerir.

Do ponto de vista social, o doente tem a obrigação moral de se querer tratar, e para tal, deve recorrer e confiar naqueles que detêm o saber necessário para atingir a cura. Como afirmam Paúl e Constança:

“...o comportamento do doente é sancionado pela sociedade, que lhe reconhece o direito de interromper a sua actividade normal e ser alvo de cuidados especiais, desde que se comprometa a curar-se através da colaboração com o médico, investido, por sua vez, de autoridade científica e prática para manipular uma entidade específica que é a doença.” (2001, p.85).

Estabelece-se deste modo, entre profissional e doente, uma assimetria de poder baseada na assimetria de saberes entre ambos, que é caracterizada por Ribeiro (1998) como uma relação de: “Aquiescência, obediência, submissão, adaptação, fidelidade, lealdade...” (p.291), que tende a colocar o doente num dos pólos desta relação, e o técnico no pólo oposto como o detentor do “poder médico”, (Carapinheiro, 1998; Cabral, Silva e Mendes, 2002; Paúl e Constança, 2001).

O doente posiciona-se numa relação de forte dependência face à actuação dos técnicos de saúde, em função do poder que lhes atribui adquirindo desta forma algum grau de dependência e inactividade, facilmente desresponsabilizante.

Em investigação sobre o relacionamento da população com o sistema nacional de saúde, e especificamente sobre as relações médico-doente, Cabral, Silva e Mendes referem que por parte dos doentes: “A atitude que recolhe maior adesão é preferir «médicos que assumam todas as responsabilidades»...” (2002, p.272). A este propósito Morrison questiona-se sobre “Qual a razão dos doentes serem tão pouco críticos acerca dos cuidados recebidos.” (2001, p.116), sendo que uma explicação plausível se prende

com o facto de os doentes não sentirem qualquer forma de controlo sobre o seu tratamento, e por isso não saberem sequer o que questionar.

A incapacidade de ser responsável passa para além do processo de cura, e atinge outros domínios da vida dos indivíduos bastante mais amplos, segundo Collière:

“Os doentes perdem tudo aquilo em que se baseia, habitualmente a sua identidade: todos os seus estatutos sociais, conferidos pelo estado civil, profissão, pela sua pertença a diferentes grupos, para assumir a identidade da doença que invade todo o seu campo espacial, temporal e relacional...” (1999, p.141).

Sendo a vida um bem de ordem superior e, porventura o mais importante, Kfir e Slevin (2002), referem que a incerteza da sobrevivência condiciona e coloca em causa todas as anteriores relações e papéis sociais.

O que confere agora estatuto e identidade ao doente, emana directamente da natureza da patologia (tem um cancro, ou tem sida) da qual sofre, dissipando todos os outros papéis (Collière, 1999; Corney, 2002). Se a patologia evoluir para a cronicidade, o indivíduo pode mesmo vir a desenvolver uma “carreira de doente” que em alguns aspectos se assemelha aos percursos profissionais em termos de saberes e experiências.

Na procura de uma solução para a sua doença o doente deve aceitar passiva e incondicionalmente o “poder médico”. Parece haver uma certa inevitabilidade do papel social a que o doente se submete, ou é submetido, já que: “Os próprios médicos, quando na condição de doentes e sob os cuidados de um médico, declinam geralmente a sua autonomia da mesma forma que os outros doentes.” (Dias, 1999, p.505).

A pessoa acometida pela doença, é conotada com o “...ter sido atingida por um mal.” Para além disso as representações sociais da doença levam muitas vezes a confundir esse mal e o próprio doente que ganha assim uma nova identidade, podendo esta nova identidade gerar situações de exclusão. A exclusão pode, a prazo, originar uma diminuição das relações sociais, especialmente quando o indivíduo tem uma doença crónica. Para além da perturbação estritamente biológica a doença provoca assim, também, um determinado grau de desvio social. A par da alteração dos papéis sociais que são esperados que o indivíduo doente desempenhe, este é compelido a abandonar-se aos cuidados do sistema de *saúde*, tal como argumenta Dias:

“A identificação social do doente, identificado na tradição judaico-cristã como pessoa que sofre, sugere um rótulo de vítima, ao mesmo tempo que potencia

uma atitude de passividade que, em certos casos, se assume como verdadeira submissão.” (1999, p.504).

O papel do doente como actor enquanto interveniente nos processos e relações sociais inerentes aos actos terapêuticos, está no entanto salvaguardado na lei. Segundo a legislação, na “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes – Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base XIV)”, é esperado que o utente dos serviços de saúde, para além de ter um papel central nos cuidados, tenha também um papel activo.

De entre as representações que os técnicos de saúde elaboram sobre os doentes, a que se destaca pela sua frequência é aquela que dicotomiza os doentes em “bom doente” e “mau doente” (Paul e Constança, 2001; Taylor, 1995; Collière, 1999; Cabral, 2002; Morrison, 2001).

O bom doente será aquele que aceita, sem questionar de forma incómoda, o conjunto de cuidados que nele, ou para ele, são realizados. É aquele que se entrega aos técnicos e neles deposita a sua fé (para além de Deus), relativamente à sua cura. O caso inverso traduz-se no mau doente, ou seja, naquele que pode eventualmente colocar em causa a validade ou pertinência dos cuidados. Esta classificação é extensível pelas mesmas razões aos familiares do doente.

Outras variações podem surgir em função da situação, por exemplo o “doente culpado” (Cabral, 2002), cujos comportamentos anteriores e moralmente reprováveis estão na origem da doença. Em oposição, o “doente vítima” pode ter na origem do seu estado um comportamento indesejado levado a cabo por outrem.

A sanção social do estatuto de doente é assegurada através do ritual confirmatório da ida ao médico, o qual tem o saber-poder necessário para reconhecer ao indivíduo a sua nova identidade de “doente”.

CAPÍTULO 3 - O HOSPITAL



3.1 – ORIGENS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Os primeiros relatos de instalações construídas especificamente para a assistência de indivíduos doentes, seguindo alguns princípios sanitários, remontam à Índia do século VII a.C. e à Grécia de Hipócrates.

Foi através do sistema das legiões militares dos romanos que os hospitais se desenvolveram, numa tentativa de dar resposta aos feridos dos campos de batalha. O termo “hospital” deriva do latim “*hospitalarium*” e refere-se ao abrigo de hóspedes e ao seu cuidado.

Durante a Idade Média, e à semelhança de outras áreas da ciência, também na medicina e nas suas práticas parece ter havido algum grau de regressão no domínio do conhecimento. Nesta época a responsabilidade dos cuidados de saúde na Europa, ficou a cargo de comunidades religiosas, cuja função era primordialmente a de oferecer um refúgio aos mais carenciados da sociedade. Mais do que uma função relacionada com a saúde ou de assistência à doença estas instituições tinham essencialmente uma função asilar acomodando, por exemplo, vários doentes na mesma cama (Carapinheiro, 1998; Collière, 1999).

Na Renascença, mantendo a missão de abrigo aos desfavorecidos, retoma-se algum cuidado com a separação dos doentes em função das suas doenças, ocorrendo desde o início do século XIX uma transferência de grande parte da responsabilidade do cuidar dos doentes, das instituições de natureza religiosa para as instituições seculares.

Um importante factor para o desenvolvimento do Hospital enquanto estrutura complexa e organizada consistiu no esforço despendido pelos estado-nações europeus dos últimos dois séculos para assistir a grande quantidade de feridos resultantes de quase constantes guerras.

O desenvolvimento da ciência moderna, permitiu o aparecimento de uma nova série de conhecimentos e técnicas, que vieram revolucionar as hipóteses de intervenção face à doença, e exigir instalações com equipamento específico, como defende Collière: “O hospital, inicialmente local de alojamento e acolhimento dos pobres, dos desfavorecidos, dos sem abrigo, torna-se um lugar privilegiado de investigação da

doença, de terapias e depois de investigação fundamental e aplicada.” (1999, p.124). Não obstante o desenvolvimento verificado, e comparativamente aos padrões sanitários actuais, Cabral, Silva e Mendes reconhecem:

“...os hospitais eram [no início do século XX] locais perigosos – as suas condições deixavam muito a desejar, sendo real o risco de contaminação cruzada de doenças – e os medicamentos eram consideravelmente ineficazes para a grande maioria das doenças.” (2002, p.37).

A razão desta incongruência entre desenvolvimento científico e más condições de assistência no hospital, é, no caso português, explicitada por Curry Cabral, referido por Soares (1997, p.28), já que: “...não tinha havido nos hospitais as transformações indispensáveis para que as conquistas científicas pudessem ser ali aplicadas e para que os doentes tirassem delas os benefícios que a ciência podia oferecer”.

Até meados do século XX, a evolução do papel do Hospital no sistema de saúde em Portugal evoluiu numa orientação hospitalocêntrica, passando, nos anos 60 para uma situação de protagonismo, mas não de centralidade absoluta (Carapinheiro, 1998). Esta mudança parece ter sido operada a partir de algumas alterações nos conceitos de prevenção e de promoção para a saúde. Fruto de uma cultura que tem vindo a colocar o hospital no centro do sistema, e a conotá-lo com a tecnicidade, isto é, capacidade para resolver qualquer problema, a procura “...dos cuidados de saúde é constantemente canalizada para as estruturas hospitalares, sempre com uma taxa saturada de utilização de recursos e sempre a funcionar acima das suas capacidades.” (Ib., p.20).

Se ao longo do último século se investiu na construção de Hospitais centrais, de dimensões enormes, que assumiam um papel de destaque no sistema de prestação de cuidados de saúde, hoje a tendência verifica-se no sentido de diminuir de tamanho e de protagonismo integrando-os mais no sistema de cuidados, por várias razões, de entre as quais se destacam as de cariz económico.

A corrente ligada à tecnicidade, de progressiva especialização e centrada na doença, induz um efeito de sobreposição da doença ao doente. Embora este forneça uma orientação ideológica, é a técnica e os seus conhecedores-executores que prevalecem e assumem uma carácter determinante na organização e funcionamento do hospital, e no limite, dos próprios cuidados de saúde (Collière, 1999). Para Paúl e Constança, “É inegável (...) que o hospital ainda vive no centro das tensões do sistema de Saúde e é alvo de todas as expectativas por parte dos utentes.” (2001, p.28). Neste sentido Cabral, Silva e Mendes, em estudo sobre a avaliação feita pelos utentes hospitalares, apuraram

que nesse contexto: “Potencialmente todos os médicos são merecedores da confiança dos pacientes...” (2002, p.226).

O hospital constitui também uma referência incontornável, do ponto de vista estatístico, na consideração dos sistemas de saúde do mundo ocidental. Veja-se, a título de exemplo, o número de internamentos nos EUA em 1992, que se cifrou em 33 milhões de doentes (Taylor, 1995).

3.2 O HOSPITAL – DINÂMICAS E PRÁTICAS

O hospital constitui hoje uma entidade bastante complexa e altamente diferenciada, cujo estudo não se revela fácil. Se o ideal principal da sua existência nos remete para a prestação de cuidados de saúde diferenciados, nos quais a figura do utente é central, o cenário real revela-nos uma intrincada malha de relações e interdependências em que se jogam motivações bastante diversas, associadas à utilização de uma tecnologia em permanente transformação.

A dimensão técnica, decorrente da natureza dos cuidados de saúde, concorre directamente com uma dimensão humana, em que o sofrimento ou a emoção podem inverter prioridades de actuação, e tornam cada situação um caso único e irrepetível. Nem sempre a dimensão técnica e a humana se revelam compatíveis, já que a sobrevalorização de uma pode desencadear prejuízos na outra.

Esta complexidade pode estar na origem do facto de o hospital não ter sido até há pouco tempo, objecto frequente de estudo aprofundado. Tal como Carapinheiro afirma: “...o hospital tem permanecido um «no man’s land» sociológico...” (1998, p.43).

Devido ao abandono da prática de custódia alterando-se a natureza dos serviços prestados, diminuiu significativamente o tempo de permanência dos doentes no hospital. Os doentes deixaram de “ser do hospital”, e a sua origem, do ponto de vista social diversificou-se (Carapinheiro, 1998; Dias, 1999). Factores como a idade, o género, a percepção individual do estado de saúde ou a classe social contribuem para a existência de diferentes públicos hospitalares.

Os cuidados de saúde são a missão primordial do hospital e revelam-se numa ampla diversidade de práticas, desde as consultas, exames ou tratamentos a utentes que

provêm do exterior, à assistência em episódios de urgência. O internamento hospitalar, decorrente de uma cirurgia ou de uma situação não cirúrgica, constitui o tipo de assistência mais conotado com a prática hospitalar.

Para além da função curativa ou paliativa, outras estão descritas como passíveis de modelar a lógica organizacional hospitalar.

A função educativa é bastante evidente nas dinâmicas, sendo o hospital um cenário de formação de técnicos de saúde de vários grupos de profissionais. Os estágios ou prática clínicas sucedem-se nas várias valências dos serviços. Esta função é de tal modo relevante, que a própria identidade do hospital pode ser aferida em função da actividade ensino. Em Portugal existe a figura do Hospital Universitário, que, a par da função assistencial, desenvolve actividade educativa no âmbito da formação inicial de técnicos, como afirma Carapinheiro, em 1911 "...é inaugurada a figura jurídica do hospital escolar..." (1998, p.27), embora já houvesse práticas similares há séculos em Coimbra.

Hesbeen (2000) classifica a formação como a segunda grande missão do hospital. Collière salienta também este aspecto: "O hospital, é de facto, o lugar que assegura não apenas a aprendizagem correcta do papel ao fornecer um quadro de condicionamento homogéneo e uniforme, mas, igualmente, a aprendizagem da não derrogação desse papel." (1999, p.109).

A função educativa do hospital, num plano formal e sistemático, é principalmente equacionada em relação aos técnicos ou futuros técnicos de saúde, sendo a educação ao utente, objecto de tratamento mais ou menos elaborado, mas de modo bastante diferenciado e exclusivamente no interior de cada discurso profissional.

A investigação constitui-se como um outro importante pólo aglutinador de recursos no hospital (Carapinheiro, 1987, Collière, 1999; Hesbeen, 2000). Alguma produção do saber médico faz-se pela experiência informal do quotidiano ou de modo estruturado em protocolos de investigação nos quais podem participar entidades externas ao hospital. O hospital, enquanto produtor de conhecimento, constitui-se como uma organização aprendente na linha do que define Garvin, citado por Bolívar: "Uma organização de aprendizagem é uma organização especializada em criar, adquirir e transferir conhecimento e em modificar a sua acção para reflectir os novos conhecimentos e compreensões." (1997, p.84), adquirindo a capacidade de responder permanentemente às mudanças do meio em que está inserido.

Do ponto de vista social, Carapinheiro discute ainda a existência de duas outras finalidades distintas na dinâmica hospitalar: a função de controlo social, "...que permanece ancorada no hospital como lugar de acolhimento e guarda dos doentes, aos quais se impõe um modelo de disciplina e de regulação das atitudes e comportamentos hospitalares." (1998, p.134), (veja-se a título de exemplo, os internamentos de doenças infecto-contagiosas ou as instituições de saúde mental); e a função de reprodução da força do trabalho, "...pela atribuição à medicina hospitalar da «tutela» das doenças para a rápida reposição das condições físicas para o trabalho." (Ib., p.134).

O hospital caracteriza-se pela coexistência de uma ampla diversidade de públicos, internos e externos e uma complexa estrutura física. As inúmeras rotinas diárias cruzam-se permanentemente com procedimentos que, em nome da urgência na resolução de problemas de saúde dos doentes, subvertem o normal funcionamento da instituição. Ainda que constitua uma organização fortemente estruturada, pela natureza da sua actividade, e como refere Friedberg no contexto das organizações económicas e produtivas, o hospital é "...irredutível à sua ordem formal e nunca corresponde à ordem fixada que a leitura do organigrama poderia sugerir.", (1995, p.14). Nesta linha, parece-nos ser adequado conotar o hospital com o conceito de J.March recuperado por Friedberg que caracteriza os contextos organizacionais como uma «anarquia organizada», ainda que a noção de anarquia questione os próprios fundamentos da organização, que numa leitura linear é deste modo colocada em causa.

O hospital é qualificado por Monteiro (1999), como um *sistema imperfeitamente conectado*, cujas causas estão relacionadas com alguma dificuldade na estandardização do trabalho e com a fragmentação das actuações que podem decorrer, por um lado do corporativismo próprio de cada grupo profissional, que a qualquer momento pode enviar objectivos e actuações em nome de interesses particulares ou de grupos restritos. Por outro lado os cenários hospitalares caracterizam-se pela eminência da «situação de urgência», pois como afirma Carapinheiro: "O fenómeno de invocar a urgência organiza-se nas cenas do dia-a-dia dos serviços, carregadas de um simbolismo muito forte, desorganizando as rotinas na criação de um espaço suplementar à intervenção de um médico ou de uma equipa médica para salvar uma vida...", (1998, p.118).

Outras variáveis identificadas como podendo contribuir para alguma desarticulação do hospital são a grande autonomia dos profissionais, nomeadamente dos

médicos, e as diferentes pressões institucionais com vista à redução de custos e o aumento da quantidade e qualidade dos cuidados prestados.

Este contexto potencia a existências de conflitos latentes ou manifestos entre os vários grupos profissionais. No entanto, um baixo grau de conexão, pode ser entendido com uma mais valia para o hospital, já que parece evidenciar: "...uma maior estabilidade, amortecendo o impacto dos problemas e impedindo-os e afectar toda a organização.", Orton e Weick, referidos por Monteiro (1999, p.320).

As inconsistências no funcionamento do hospital reflectem-se também a partir do modo como cada grupo profissional entende a finalidade última do seu desempenho. A tríade "*cure-care-core*" referida por Taylor (1995), distingue diferentes pontos de vista de actuação. Assim os médicos numa perspectiva de "*cure*", desenvolvem a actividade em torno da cura e do tratamento da doença de cada utente. Contrastando, a enfermagem numa perspectiva de "*care*" procura, de uma forma humanista, zelar pelo conforto físico e emocional dos doentes. A administração do hospital identifica-se com o "*core*", ou núcleo do hospital, assegurando o funcionamento do sistema.

Um conjunto tão complexo de incompatibilidades traduzir-se-ia, aparentemente numa inoperância total. No entanto a experiência revela-nos que apesar das contingências de natureza organizacional prevalece alguma uniformidade de dinâmicas, práticas e objectivos com um elevado grau de produtividade. A pesquisa conduz-nos na senda de um "mínimo denominador comum" que seria responsável pela integridade do sistema. Segundo Strauss, referido por Carapinheiro, (1998), parece haver uma espécie de *cimento simbólico*, ou seja, aquilo que de uma forma figurada, representa a forma mais básica de entendimento entre os vários grupos profissionais. Este factor comum, independentemente da forma como é perspectivado, pelos actores, entre pares ou individualmente, consubstancia-se na forma do doente e na sua recuperação, que, para além de ser central no plano dos discursos, também nas práticas ocupa um papel importante.

Os modelos de gestão hospitalar actuais, são comparáveis a uma "esponja", que ao longo do último século absorveu várias teorias e princípios da administração, sendo facilmente identificáveis práticas subjacentes aos vários momentos históricos das teorias da administração. Desde os modelos taylorianos do "*one best way*", até às teorias da cultura organizacional emergentes na década de 70, várias são as práticas que denunciam ideologias diferentes quanto ao modo como deve ser conduzida a instituição hospitalar. Para Carapinheiro, (1998) e Monteiro, (1999) o hospital apresenta traços

característicos de uma organização burocrática, embora com algumas particularidades que Carapinheiro distingue como um «sistema dual de autoridade». Para esta autora, em relação ao modelo burocrático «puro» de Weber, existem algumas diferenças de fundo, uma vez que no hospital parecem coexistir duas linhas distintas de autoridade. A par da linha de autoridade da administração, distingue-se uma linha de autoridade informal que advém do poder médico. Poder que assenta nas competências da especificidade do saber associadas a este grupo de profissionais, e que se reflecte no facto de ser essencialmente a partir das orientações e abordagens estabelecidas pelos médicos que se processa a parte mais significativa da actividade hospitalar. Esta linha de autoridade chega mesmo a relegar para segundo plano a linha de autoridade legalmente reconhecida no hospital.

Do uso da autoridade informal face à autoridade administrativa surgem por vezes conflitos intra-institucionais entre o corpo médico e o corpo administrativo, e em que se esgrimem argumentos de diferentes naturezas. A administração invoca muitas vezes motivos subjacentes a uma ordem de racionalidade no uso dos recursos da instituição, enquanto que, os médicos se justificam com a prioridade de assistir às necessidades que os procedimentos de diagnóstico e tratamento de cada doente exige.

Contrariamente ao que Friedberg (1995) afirma, acerca das transformações que as organizações sofreram ao longo século XX, especificamente no aspecto de que estas se abriram ao meio, com o qual incrementaram as relações estabelecendo fronteiras pouco claras, o hospital mantém ainda hoje, do ponto de vista social, um funcionamento “autista”. Ainda que esteja (e indispensavelmente) em contacto com o mundo exterior, as relações com a comunidade permanecem incipientes, fragmentando e minando a continuidade de todo o processo de cuidados de saúde. Esta fronteira, para além das dinâmicas que a originam, numa dimensão mais abstracta, é materializada por barreiras físicas, que em grande parte dos casos não permite sequer o contacto visual com o meio interno do hospital, a partir do exterior.

Recorrendo a Goffman, Carapinheiro enquadra um conceito de hospital como instituição totalitária a partir dos aspectos formais da vida institucional, presentes em organizações como: “...prisões, asilos, conventos, quartéis, campos de concentração e hospitais psiquiátricos.” (1998, p.54), sendo que o que é comum a estas instituições é o facto de que todas elas,

“...partilham de um processo comum de encerramento dos seus membros nas fronteiras físicas da instituição, sem ligação ao mundo exterior, sem

diversificação de contactos sociais, standardizando-se e arregimentando-se a sua vida quotidiana até ao mais ínfimo detalhe da vida íntima e pessoal dos seus membros.” (Ib., p.54).

Com efeito, o doente é isolado e distanciado relativamente ao mundo que está para lá das fronteiras do hospital, ou do serviço de internamento, onde se encontra o seu círculo de relações sociais, através da imposição de horários de visitas ou do estabelecimento de um conjunto rígido de comportamentos definidos condizentes com o papel de doente, como a permanência junto da sua cama ou o uso de um pijama, (leia-se farda).

Os uniformes utilizados, reflectem também de alguma forma, diferentes estatutos sociais dentro do serviço. Assim, os uniformes brancos, com alguma *nuances* entre si, que derivam da sua forma, estabelecem estatutos superiores, como os médicos e os enfermeiros. Se a forma da bata branca do médico não tornar perceptível a sua pertença a um determinado grupo profissional, esta é rapidamente apreendida através do uso do estetoscópio, que segundo Carapinheiro:

“...pendurado no pescoço, se usa apenas com o doente, mas que se transporta para todos os sítios do hospital. É de facto um objecto de inestimável valor social, representando poder e suscitando uma pletora de atitudes de deferência e respeito.” (Ib., p.105)

O uso total efectivo do estetoscópio, ainda que limitado no tempo, muitas vezes, a alguns minutos por dia, é no entanto transportado de forma bem visível durante o período de trabalho, mantendo-se inclusive nalguns profissionais a sua ostentação em momentos em que não é absolutamente necessário, por exemplo durante as refeições.

O grupo profissional dos auxiliares de acção médica, ou dos serviços gerais de apoio, vestem fardas não brancas. “Entre o branco e o azul estão representadas as fronteiras entre o limpo e o sujo, entre o puro e o contaminado, entre o principal e o secundário ” (Ib., p.105). O doente deve vestir, em muitas instituições e com carácter de obrigatoriedade, um pijama.

A unidade de cuidados ou o serviço de internamento, onde o doente realiza uma parte substancial da sua estadia no hospital, constitui-se como um nicho social que reflecte a um nível micro algumas das dinâmicas hospitalares. Emergem também nestes locais situações com características particulares que podem não corresponder àquilo que

é entendido como habitual na generalidade dos serviços, e que acontecem fruto das interacções específicas que cada serviço, pelas suas idiossincrasias, comporta.

A análise dos contextos revela-se, deste modo, fértil na evidenciação de ordens locais, com normas e procedimentos únicos, contingentes ao meio em que se inserem.

Tendo em conta o modelo teórico de Mitzenberg, referido por Bilhim que define cinco tipos principais de configurações organizacionais em função das relações que se estabelecem entre cada uma das suas estruturas internas, o hospital pode ser classificado como uma estrutura divisionada em que cada serviço: "...representa uma divisão autónoma na estrutura, com as suas regras e com os recursos humanos e materiais necessários ao seu funcionamento" (1996, p.153). Carapinheiro referindo-se especificamente à organização hospitalar afirma, na mesma linha:

"No microcosmo da vida social que constitui cada serviço hospitalar compatibilizam-se e dissolvem-se processos sociais de nível «micro» e «macro» numa ordem social sui generis, onde à estrutura formal se sobrepõe, através de múltiplos processos negociativos, uma estrutura social informal." (1998, p.184).

3.3 – OS ACTORES – SABERES EM RELAÇÃO

O modo como cada indivíduo desempenha o seu papel no seio da organização bem como a filosofia que subjaz à sua racionalidade, é a cada momento condicionado por uma série de variáveis, sendo que, de entre elas, a sua pertença a culturas de grupo, (profissionais, organizacionais), como é o caso dos doentes, ou dos técnicos de saúde, assume um papel preponderante. Para além da pertença ao grupo, o seu desempenho é ainda afectado pelos recursos humanos e materiais.

Este quadro pode numa leitura superficial sugerir que, subjacente ao desempenho dos actores, poderá existir um certo grau de determinismo, no sentido de que, em função das contingências do contexto aqueles não terão margens de liberdade. Tal não acontece pelo facto de os sujeitos terem, ainda assim, em cada momento, hipótese de desenvolver um comportamento na linha do que Friedberg apelida de *bricolage* pessoal, "...que combina numa disposição original elementos tirados dessas

estruturações englobantes e não pode por conseguinte deduzir-se a partir delas.” (1995, p.16).

A influência que se desenvolve entre actor e organização não é necessariamente unidireccional, já que embora o sistema imponha constrangimentos que de alguma forma balizam a acção individual, este pela originalidade que constantemente imprime ao seu modo de actuar, reformula e redefine a própria organização. Como afirma Friedberg: “É porque eles são co-constitutivos que se torna absolutamente necessário tomar em conjunto os actores e o seu sistema.” (Ib., p.19).

No hospital este facto assume contornos muito evidentes, dado que cada situação é definida a partir de uma série de variáveis humanas, sociais, psicológicas e clínicas, (ainda que de entre estas, algumas assumam maior ou menor importância), os procedimentos têm que ser constantemente reformulados, especialmente em procedimentos de urgência.

O hospital é um território intimamente associado ao saber. O modelo bio-médico prevalente nos cuidados de saúde pressupõe que estes só podem ser prestados adequadamente se houver por parte dos técnicos de saúde uma relação muito próxima com o saber. Monteiro, define o hospital como uma “*organização baseada no conhecimento*” (1999, p.318), onde a formação dos profissionais tem ao longo do tempo evoluído no sentido da especialização e do ensino superior. Com efeito, os médicos têm normalmente um vínculo definitivo à instituição após a realização de uma especialidade. Os terapeutas, dietistas, enfermeiros, e assistentes sociais, ao longo da sua formação inicial, frequentam cursos de licenciatura. O saber é encarado como um instrumento estratégico, na actuação de cada sujeito, e a um nível mais amplo, de cada grupo profissional.

A natureza dos saberes no contexto hospitalar é, no limite, tão ampla quanto o número de indivíduos que nele desempenham qualquer tipo de actividade, no entanto, Carapinheiro (1998), sistematiza três diferentes tipos de saber em confronto no hospital: o *saber médico*, com carácter de centralidade, a partir do qual se definem e estabelecem os outros; o *saber periférico*, associado aos profissionais de enfermagem, (e na generalidade aos técnicos não-médicos), e que resulta do modo como estes adaptam o saber médico de uma forma dependente; e o *saber profano*, elaborado pelos doentes, fora da esfera do conhecimento médico, e ao qual não é reconhecido qualquer tipo de validade.

Numa tentativa de conceptualizar o “saber”, Barth elaborou uma esquematização de algumas categorias que podem concorrer para a compreensão dessa entidade, e que lhe: “...permitiram qualificar o saber como sendo ao mesmo tempo estruturado, evolutivo, cultural, contextualizado e afectivo.”, (1996, p.61).

- O saber é *estruturado*, como uma entidade complexa, que envolve múltiplos factores, e existente ao nível do abstracto e ao nível do concreto, relacionando-os.

- O saber é *evolutivo*. Do ponto de vista cronológico, o saber é sempre provisório, é objecto constante de sucessivas remodelações, “...não é um objecto fixo, é relativo e varia segundo as circunstâncias e o olhar que lhe dirigimos” (Ib., p.64).

- O saber é *cultural*, é partilhado e subentende na sua transmissão: “...um acto de negociação do sentido, onde importa que os dois parceiros se escutem e se expressem a partir de pontos de referencia comuns.” (Ib., p.74).

- O saber é *contextualizado*, e surge de uma conjuntura muito específica, fruto do cruzamento de factores afectivos, cognitivos e sociais. Em função do ponto do espaço-tempo em que o indivíduo se situa, os contornos e validade do saber relativizam-se ou alteram-se.

- O saber é *afectivo*, é elaborado ao nível individual, no interior do sujeito, “A emoção e a afectividade e até as nossas atitudes e os nossos valores influenciam o nosso modo de apreender a realidade - e o modo de nos apreendermos a nós próprios.” (Ib., p.84).

O saber que é reconhecido aos profissionais no hospital confere-lhes alguma margem de manobra quanto às suas estratégias de actuação. Deste modo, quanto mais acentuada for a importância do saber de determinado indivíduo ou grupo profissional, mais poder lhe será reconhecido e mais liberdade de actuação. As relações de saber-poder num serviço de internamento podem então ser estruturadas sob a forma de uma pirâmide, no topo da qual se encontram os médicos a quem é atribuída a posse de um conhecimento de natureza primordial. Na base desta configuração situam-se os doentes, que são, em princípio, desprovidos de um tipo de saber que, neste contexto, confere poder.

O poder, na concepção de Friedberg é definido como: “... a capacidade de um actor estruturar processos de troca mais ou menos duráveis a seu favor, explorando os constrangimentos e oportunidades da situação para impor os termos da troca favoráveis aos seus interesses.” (1995, p.119-120). Ainda, para Friedberg, na origem do poder podem-se compreender dois requisitos distintos, e que se prendem, por um lado, com a

possibilidade que cada interveniente na relação tem de satisfazer as necessidades do outro, e por outro com a imprevisibilidade de actuação dos sujeitos que resulta da sua autonomia nessa relação. No primeiro aspecto, tal possibilidade assume-se, a partir do doente e em relação aos técnicos de saúde, como a suposta capacidade de estes terem o saber e o saber-fazer necessários à cura da doença. O segundo caso torna-se evidente quando o doente, ou desconhece a dinâmica hospitalar, ou legitima a imprevisibilidade e irregularidade da actuação dos técnicos como sendo uma contingência do ambiente do hospital, fértil em urgências.

O poder reconhecido aos técnicos de saúde, manifesta-se de múltiplas formas e de uma forma quase permanente. O poder da possibilidade de determinar comportamentos ou horários aos quais o doente deve aderir é salientado por Coucello de cujo estudo emerge a consideração, de que o tipo de discurso que o médico elabora sobre o papel do doente reflecte, da parte daquele, alguma assimetria de poder na relação através do uso de expressões prescritivas como: “Seguir (...) Fazer (...) Obedecer (...) Cumprir (...) Encaixar” (1997, p.92).

A omissão da informação é também uma forma de poder dominador por parte dos técnicos, e pode-se manifestar quer pela não informação do doente, quer pelo uso de uma linguagem não perceptível para este.

A doença torna-se, em termos administrativos, realidade quando atestada pelo médico, e, no limite, é este que determina a qualidade de vivo ou morto ao indivíduo.

O saber dos técnicos de saúde, e do médico em especial, revela do ponto de vista do doente, a possibilidade de poder controlar as incertezas do futuro através da explicitação do diagnóstico e mesmo a previsão do futuro através do prognóstico.

O poder carismático de curar a doença e aliviar o sofrimento, legitima na perspectiva de Carapinheiro, “...uma autoridade moral e social e um poder indisputável que confere ao exercício do acto clínico a forma de violência simbólica....” (1998, p.197).

Num sentido divergente em relação àquele que temos vindo a seguir, Friedberg (1995) sublinha que a natureza relacional e não transitiva do poder, bem como o seu elo com a (inter)dependência, fundamentam a afirmação de que a possibilidade de prestar cuidados, é afinal um poder atribuído pelos utentes, como afirma Collière:

“Prestar cuidados de saúde, a nível profissional, é exercer um poder que é de facto delegado pelos utilizadores dos cuidados, no sentido em que recorrem a

peessoas susceptíveis de lhes oferecer um serviço que possa complementar ou suplementar a sua própria acção.”, (1999, p, 316).

3.3.1 – O doente no hospital

O internamento pode constituir em alguns casos, o culminar de um processo de doença que desde há algum tempo se desenvolve de forma mais ou menos precipitada. Noutros casos, e no contexto de uma doença crónica, o internamento pode ser mais uma passagem pelo hospital, consistindo muitas vezes, nas palavras de doentes e técnicos de saúde, em «mais uma visita» daquele doente ao seu serviço habitual.

Nos utentes com internamentos de repetição, os processos a que são sujeitos não constituem motivo de surpresas, já que o circuito que seguem é de alguma forma conhecido.

Experiências anteriores nesta área, do próprio indivíduo, de familiares ou pessoas próximas, podem, à partida, condicionar o modo como os utentes perspectivam e avaliam a sua experiência de doente, a hospitalização, ou o desempenho dos técnicos.

Quando o doente é confrontado com o primeiro internamento na maioria das situações, este momento constitui-se como um momento desagradável e fonte de insegurança, como afirma Corney:

“...ser hospitalizado é muitas vezes sentido pelos doentes como uma das situações de stress da sua vida. A admissão num hospital afasta a pessoa da sua família, parentes e amigos e coloca-a num ambiente desconhecido, frequentemente considerado pelos doentes como clínico, impessoal e frio.” (2000, p.29).

A própria ida à urgência pode de forma latente alimentar o medo da possibilidade de internamento. Ao desconforto de estar doente sobrevem então o stress da hospitalização. Ainda na perspectiva da mesma autora: “As reacções mais comuns dos doentes à doença são a angústia e ansiedade. Estimativas globais apontam para que 30% a 60% dos doentes apresentam graus significativos de sofrimento psicológico à data de hospitalização.” (Ib., p.21). Se entendermos o organismo humano como um todo, em que a afectação de um sistema poderá desencadear um efeito tipo «bola de

neve», o stress e desconforto psicológico pode, de alguma forma, exacerbar os sintomas da situação que originou o internamento.

Efectivamente, a estadia no hospital constitui uma ruptura, nos hábitos de vida da maior parte dos indivíduos, já que nele se perde grande parte da privacidade e independência, para além de uma rotina que é imposta ao sujeito do exterior, por dinâmicas e práticas bastante específicas, e por profissionais também estranhos e em permanente rotatividade.

Face a um ambiente estranho, vestuário peculiar, rotinas novas com pessoas desconhecidas – com algumas das quais se partilha um espaço limitado, refeições, e W.C., facilmente surgem sentimentos de ansiedade e desconforto. Assim o doente tem que gradualmente aprender a adaptar-se a toda uma nova dinâmica diária.

A acrescer a esta nova dinâmica, surgem as manobras invasivas do próprio corpo, que é mexido por sucessivas vagas de estranhos ao doente, e que pela sua natureza causam dor e são nova fonte de ansiedade.

Do ponto de vista psicológico o internamento hospitalar constitui-se como um momento que gera sentimentos de intensidade bastante marcada e de natureza variável, como a sensação de isolamento, deslocalização e desespero (Dias, 1999); ou como choque, negação, depressão, vergonha ou culpa (Corney, 2000). Taylor (1995) chama a atenção para a possibilidade do nervosismo face a diversos momentos, como a cirurgia ou o resultado de exames poder induzir o doente em insónia, pesadelos e numa grande incapacidade de se concentrar.

Para uma minoria de doentes o internamento é de alguma forma um momento de satisfação, já que, na sua perspectiva, a sua qualidade de vida no hospital excede largamente a qualidade de vida no seu meio ambiente habitual. A título de exemplo, para alguns indivíduos sem domicílio próprio, que vivem na rua, a certeza de uma cama relativamente confortável, roupa lavada, refeições regulares e variadas, e a possibilidade de realizar a sua higiene de um modo mais frequente, constituem uma razão mais que suficiente para encarar o hospital como um bom porto de abrigo. Para lá da doença que possam desenvolver e os conduza ao hospital, por vezes a exacerbação de queixas, ou a simulação de alguns sintomas podem fornecer a possibilidade de um internamento hospitalar.

Este desempenho não é realizado ao acaso, estes indivíduos aprenderam ao longo de sucessivos internamentos qual o momento apropriado para se dirigirem à urgência do hospital, em função de determinadas equipas médicas a encontrar ou a

evitar. Pressupõe também o conhecimento do modo como as suas queixas podem ser mais valorizadas ou entendidas como não justificativas de uma hospitalização.

Ao longo do internamento os doentes desenvolvem comportamentos que traduzem estratégias de sobrevivência individual, que permitem aumentar o seu grau de adaptação, e diminuir sentimentos de estranheza, medo e de ansiedade (Carapinheiro, 1998).

Do ponto de vista da psicologia são referidas, por Morrison (2001), duas teorias que podem servir como recurso à compreensão das experiências vivenciadas pelos doentes no hospital e dos mecanismos de adaptação que estes desenvolvem.

A teoria do “desamparo aprendido”, segundo Seligman referido por Morrison (2001), de uma forma simplificada defende que a capacidade dos indivíduos preverem um contexto desagradável, torna esse contexto mais tolerável. Ainda que a reacção ao internamento seja sempre individual e única, esta pode ser atenuada se o doente for capaz de antecipar o que o espera no hospital. A teoria do desamparo sugere ainda que este estado psicológico do indivíduo que se sente «sem rede» em ambiente que não controla pode: “...perturbar a capacidade de aprendizagem; produzir perturbação emocional; produzir os sintomas físicos como, por exemplo, ansiedade e úlceras no estômago...” (Ib., p.45).

Noutra forma de perspectivar os mecanismos de adaptação à hospitalização Morrison (2001), refere-se à teoria da atribuições, numa base fenomenológica, em que o indivíduo procura e utiliza em permanência informação para explicar o seu próprio comportamento e o de quem o rodeia. Este comportamento permite ao doente, em contexto de internamento, reduzir a incerteza sobre a forma como os processos se desenvolverão.

Do ponto de vista social, o doente apercebe-se que no hospital há um determinado papel, que é esperado que integre. Este é o papel de doente e do comportamento que lhe está associado, de preferência o papel de «bom doente». Deste modo ele é levado a aceitar a dispensa das responsabilidades dos seus papéis sociais habituais, bem como ao reconhecimento de que a sua doença é um estado indesejável e de que deve procurar a cura junto de quem tem competências para lhe resolver a situação (Morrison, 2001).

À chegada à urgência ou ao serviço de internamento sucedem-se procedimentos que promovem facilmente um sentimento de despersonalização no doente. Este é desprovido dos seus pertences, deve vestir um pijama semelhante a todos os outros, tem

espaços próprios (uma cama) e reduzidos (um corredor ou sala de estar) para circular. Os seus tempos são em função das rotinas do meio e está parcialmente limitado em termos de comunicação com o exterior. Chega mesmo a ser desprovido dos seus saberes, especialmente em relação ao seu corpo, sendo suposto responder apenas quando lhe é questionado algo, ou não se promovendo activamente a sua participação

O processo de socialização ao serviço onde é realizado o internamento é muitas vezes facilitado com uma apresentação sumária da geografia do serviço, por parte da equipa de enfermagem ou de auxiliares, da entrega de um folheto informativo sobre o serviço e algumas das rotinas como horários de visitas, de refeições ou da explicitação dos recursos que existem no serviço e no hospital à disposição do doente e família.

Por parte dos técnicos de saúde, e durante o internamento, é essencialmente esperado que o doente colabore, no sentido de se entregar a uma rotina que, embora lhe seja estranha, é bastante familiar e cheia de sentido para os funcionários do hospital.

No plano dos discursos, o doente desempenha um papel central na lógica do funcionamento hospitalar, no entanto, frequentemente este se apercebe que esta lógica está profundamente minada. Não obstante se defenda que o doente se deve perspectivar de uma forma holística, os cuidados podem, na sua perspectiva, assumir contornos de uma grande fragmentação, dado que diariamente com ele contactam dezenas de pessoas, com funções aparentemente distintas, pouco definidas e cuja abordagem nem sempre transparece para o utente motivos ou objectivos claros, como refere Collière, “Doentes e pessoal de cuidados encontram-se, muitas vezes num universo Kafkiano.” (1999, p.141). Hesbeen ao reflectir sobre o sistema de cuidados de saúde, entende que este pela sua natureza, faz com que “...os doentes tenham aquilo que concorre para a alienação da sua liberdade, para a imersão num anonimato fabril...” (2000, p.3).

O doente deverá então ser aquele que se adapta ao seu papel, sendo que o cumprimento de tal dinâmica, não implica necessariamente que o próprio doente se sinta confortável ou satisfeito. Esta situação justifica-se com o imperativo moral, por parte dos utentes, de facilitar e compreender as contingências do contexto de cuidados, que devem a sua natureza aos próprios doentes e ao tratamento de que são alvo. No entender de Taylor:

“Dos doentes espera-se que sejam cooperantes, e sossegados a não ser que surja uma emergência, (...) os doentes acreditam que os médicos esperam cooperação, confiança e confidência, e entendem que as enfermeiras esperam

que eles não coloquem questões, e mostrem respeito e consideração.” (1995, p.326).

Subjacente a este papel estará pelo menos demonstrado em latência o dever por parte do doente de agradecer à equipa de saúde. Um estudo realizado por Taylor em 1979 sugere que:

“...o meio hospitalar pode de facto encorajar os doentes a não pedirem ajuda. Descobrimos que as suas questões ficam por responder ou que as suas necessidades de atenção não são atendidas, os doentes podem desenvolver um dependência aprendida, uma inabilidade para exercer o controlo quando é possível.” (Ib., p.326).

Desta forma o doente aprende que se projectar de si uma representação que lhe pode ser favorável junto do pessoal do serviço, tem mais hipóteses de sucesso nos objectivos a que se propõe. Ainda nesta linha Carapinheiro refere:

“...os doentes sabem que convém serem delicados, não exprimem exageradamente as dores, mesmo que realmente as sintam, não chamarem muitas vezes o enfermeiro, não tocarem muitas vezes a campainha, entre outras técnicas possíveis. Reconhecem bem as expectativas construídas sobre o «bom» e o «mau» doente, sabem que comportamentos correspondem a cada uma das categorias e esforçam-se por produzir a melhor imagem de si como bons doentes.” (1998, p.273).

Aquando do internamento são impostas ao doente restrições de várias ordens. Relativamente à doença propriamente dita surgem limitações de natureza física, inerentes ao estado de saúde do indivíduo, e que tendem a restringir os seus movimentos, levando muitas vezes à imobilidade no leito, como é o caso de um sujeito com determinadas patologias cardíacas que deve necessariamente não fazer qualquer tipo de esforço durante algum tempo. Também as limitações de natureza dietética exigem do doente uma grande capacidade de adaptação, uma vez que colocam em causa hábitos alimentares solidamente ancorados na sua forma de estar, muitas vezes desde a infância.

Relativamente à protecção dos outros doentes e técnicos podem, relativamente à sua patologia, também surgir algumas restrições, como é o caso do uso por parte do indivíduo internado, de uma máscara em permanência no caso de algumas doenças do foro contagioso.

A dinâmica do serviço submete os doentes ao cumprimento de determinados horários, como o uso da televisão ou da sala de convívio. Em termos de normas institucionais, as limitações reflectem-se por exemplo nos horários das visitas.

Face a uma série de contingências que são impostas de forma latente ou manifesta ao doente, a vivência do internamento hospitalar salda-se muitas vezes, para o indivíduo doente, naquilo que Morrison (2001) apelida de experiência de “esmagadora vulnerabilidade”. Este sentimento de grande susceptibilidade relativamente ao ambiente em que estão inseridos, resulta do cruzamento de factores bastante diversos como o ambiente na sua generalidade ser completamente desconhecido para o doente e a sujeição quase constante à realização de exames traumáticos. O ser tratado como um objecto ou um número é também origem de desconforto, como refere Morrison, “A rotulagem é até certo ponto necessária e promove uma compreensão partilhada no pessoal, mas é extremamente fácil que degenere no tipo de tratamento impessoal que tipifica muitas vezes os cuidados profissionais.” (2001, p.67).

Conjuntamente com estas variáveis surgem inevitavelmente alterações no círculo de relações sociais, preocupações relativamente ao trabalho, às necessidades materiais da família e ansiedade relacionada como o impacto destrutivo da doença, o desconhecimento do diagnóstico, o não-domínio da linguagem técnica ou, no limite, o medo da morte.

A adopção de mecanismos de adaptação ao internamento gera comportamentos específicos. Segundo a investigação realizada por Morrison (2001), num contexto de internamento hospitalar, os doentes usaram determinadas formas de auto-apresentação das quais se destacam a adopção de uma postura tímida e obediente própria das crianças; a submissão a uma prática ritualística; o tornarem-se extraordinariamente amigáveis e animados; mostrarem deferência e gratidão em relação ao pessoal técnico; e relutância em colocar questões. Este último aspecto parece-nos de particular importância, com efeito, podermos considerar que o questionamento do outro pode ser entendido como uma desconsideração dos seus saberes, descredibilizando-o e negando-lhe o estatuto de *expert*.

Estes comportamentos não são isentos de efeitos secundários indesejáveis, pois: “Embora estas formas de se auto apresentar possam a curto prazo ajudar o doente a adaptar-se e a lidar com a doença e o hospital, é improvável que o leve a assumir uma maior responsabilidade pelos seus próprios cuidados de saúde a longo prazo.” (Ib., p.21).

O assumir destas formas de estar por parte dos indivíduos obedecerá a processos conscientes nalguns casos, enquanto que noutros parece não haver um propósito definido na actuação, sendo usadas apenas pela evidência do seu sucesso.

Ainda no capítulo das estratégias usadas pelos doentes como forma de sobrevivência num meio adverso à sua individualidade, Goffman referido por Carapinheiro (1998) reporta-se a uma estratégia que os doentes desenvolvem, explorando possibilidades de acção que não estão contempladas na rotina institucional, como forma de preservação do seu «eu individual» face à imposição do «eu institucional». A acção destes deixa transparecer, ainda segundo o mesmo autor, uma estranha lógica no comportamento dos indivíduos que visa, dar alguma estruturação ao espaço e ao meio estranho em que estão incluídos, como refere:

“São, entre outros, os «expedientes», as «técnicas de exploração» do sistema hospitalar, a «exploração das afectações», as «zonas francas», os «territórios reservados», os «refúgios», à margem da estrutura e funcionamento oficial e mostrando que toda a organização regulamentada, totalitária ou não, dispõem de infra-estruturas vulneráveis a utilizações «ilícitas» e a ocupações «clandestinas», verdadeiras encruzilhadas dos diferentes modelos de racionalidade que habitam as organizações.” (Ib., p.55).

As possibilidades são diversas, levando a que se registem, da parte do sujeito internado, comportamentos que de um ponto de vista externo à lógica da acção podem ser entendidos como subversivos ou falta de colaboração no tratamento.

Este cenário, pela sua natureza, revela uma multiplicidade de situações, pessoas e momentos que produzem um efeito formativo nos doentes. Toda a complexa lógica de funcionamento hospitalar é apreendida pelos utentes, que dela extraem os conhecimentos necessários à manutenção de ilhas de individualidade e de privacidade. São também mobilizados conhecimentos que se revelam fundamentais na obtenção daquilo que no momento pode ser julgado indispensável ao bem estar dos sujeitos.

Nem só de adaptações passivas ou de aceitação total das normas do serviço se constituem as reacções dos doentes ao internamento hospitalar. Com efeito podem surgir em alguns indivíduos reacções de contrariedade face à retirada abrupta de liberdades e àquilo que lhes é proposto. De uma forma menos marcante estes comportamentos podem-se traduzir em pequenos actos de revolta, como fumar no quarto, passear repetidamente nos corredores ou nalguns casos pedindo repetidamente medicação específica. Noutros casos, a recusa pode surgir relativamente à toma de

qualquer medicação ou à realização de tratamentos e exames, passando mesmo pela agressividade verbal ou física que causam, pela sua repetição, algum desconforto na equipa de saúde.

Ainda assim, quando o doente mostra descontentamento, o tratamento que lhe é dado, do ponto de vista relacional, tende muitas vezes a desvalorizar, achar que as queixas são desproporcionais à doença, a incutir sentimentos de culpa relativamente à sua doença, ou simplesmente a ignorar as suas queixas ou os motivos do seu descontentamento. Taylor sublinha a importância de investigar a natureza da reacção dos indivíduos à hospitalização, com o objectivo de: "...identificar os tipos de intervenção que podem ser usados para ajudar os doentes a se ajustarem com maior sucesso à sua hospitalização." (1995, p.327).

Um aspecto importante que nem sempre é concebido pelo utente, prende-se com o facto de, na grande maioria dos internamentos e do ponto de vista legal, o próprio doente poder por fim ao seu internamento, porque tal é visto como uma desconsideração face aos técnicos ou o receio da evolução da doença trazer no futuro maior mal-estar. Quando tal acontece, podem surgir nos técnicos diferentes formas de dissuasão, como comportamentos de chantagem emocional, assertividade, ameaça (latente ou manifesta), coerção, manipulação, ou recurso à suposta autoridade que detêm.

A reacção de passividade dos doentes face ao internamento pode fácil e inadvertidamente, ser fomentada pela equipa, ao dar explicações pouco claras sobre normas, impondo regras e normas arbitrariamente de uma forma directiva e rígida, ou ainda, ao não reconhecer o doente como um adulto, não lhe atribuindo dessa forma a capacidade de ser independente ou infantilizando-o. Os idosos são frequentemente tratados, ainda que com alguma dose de afecto, como tendo regredido a um estadio muito anterior da sua vida, num discurso "bebeísta", pejado de diminutivos em que o «bracinho» ou a «perninha» são alvo de tratamento.

No sistema de saúde o doente constitui-se como objecto de estudo científico e é o centro de teorias e modelos de desempenho profissional de vários grupos. No entanto parece existir algum desfasamento entre o discurso que privilegia o indivíduo como um todo que requer uma abordagem holística e uma prática que quase só considera alvo de intervenção o órgão ou sistema de órgãos que tem um disfunção, como confirma Collière (1999, p.125): "O doente dá a orientação ideológica mas é fundamentalmente a doença que é tida em consideração nos dados do trabalho."

Actualmente debate-se a questão da importância que assume, no contexto da prestação de cuidados de saúde, a informação que é dada ao utente proporcionando e potenciando a manutenção da sua independência. A natureza da comunicação estabelecida entre doentes e técnicos de saúde é de primordial importância neste aspecto. A este respeito Wilson-Barnett (2000), refere que cada vez as pessoas prescindem menos de fazer perguntas mas, no entanto, “O cenário ou ambiente dos serviços de saúde organizados parece frequentemente lutar contra a comunicação aberta e o acesso à informação pelos seus utentes.” (p.46), talvez porque se tem “...vindo a verificar um forte aumento da dimensão das organizações vocacionada para a prestação de cuidados de saúde (...) Assim, o acesso aos serviços profissionais é desde logo controlado e restringido.” (Ib., p.46).

Os circuitos de informação são complexos. Mesmo com o utente a comunicação tende para a unidireccionalidade, dado que este é solicitado com múltiplas questões, e da parte dos técnicos de saúde, no sentido inverso a informação é escassa. “...no que diz respeito aos doentes hospitalizados, foram detectados muitos problemas e queixas; devidos a informação reduzida ou incompreensível sobre tratamentos e cuidados a prestar.” (Ib., p.47). As representações que o utente elabora da relação a estabelecer com os técnicos pode também por si só, constituir uma barreira à comunicação, uma vez que se registam frequentes situações de doentes que “não querem incomodar”. A principal vantagem do fornecimento de informação ao doente será próxima daquilo que Wilson-Barnett denomina, de permitir ao doente fazer um “mapa cognitivo” da situação. Ao situar-se no seu processo de doença, pode compreender melhor o que se passa à sua volta diminuindo sentimentos de insegurança e ansiedade, e sobretudo preparar melhor o seu futuro, ressitutando-se, inclusive, no seu processo de vida (Dias 1999).

No entanto parece existir um “...pequeno número de pessoas que não quer tomar conhecimento de qualquer acontecimento angustiante, não consistindo a informação recurso para ajudar a tolerá-lo.” (Wilson-Barnett, 2000, p.53). Tornando-se importante neste ponto, a inclusão, no processo, de familiares ou pessoas significativas, no sentido de aferir e balizar a informação a dar, e em que circunstâncias com vista ao estabelecimento de estratégias de suporte.

Sendo um dos objectivos da relação entre doentes e técnicos de saúde a mudança comportamental daqueles relativamente a hábitos de saúde, Coucello (1997) traz para o debate a importância da comunicação que se estabelece entre ambos como garante da efectividade da mensagem educativa.

Havendo nas sociedades contemporâneas, um aumento das doenças crónicas, estabelece-se uma necessidade crescente de haver por parte dos técnicos uma partilha de informação com o doente, dada a sua lenta evolução em contextos em que o médico está ausente. Para além disto, torna-se mais difícil ao longo de um período prolongado de tempo, ocultar informação e diagnósticos ao doente (Dias, 1999). Este acabará por ter contacto com os seus relatórios, com informação nos media, ou cruzar-se com pessoas que já tiveram experiências semelhantes. Como afirma Dias: "...os doentes reclamam mais e melhor informação, congruente com a sua trajectória de doença, parecendo ser a procura de informação uma estratégia de adaptação à sua condição de doente crónico." (1999, p.502).

Os técnicos de saúde assumem frequentemente uma papel de avaliadores face a determinados conteúdos ou recomendações dadas anteriormente aos doentes. O direito a recorrer a esta função parece estar relacionado com a experiência e os saberes diferenciados de que supostamente são detentores. No dizer de Coucello e no quadro de uma consulta médica, os técnicos socorrem-se dos seus saberes para estabelecerem as bases da relação: "A sua aliança com os conteúdos é a sua maior arma, de tal modo que relega o utente para uma posição de «ter» de fazer o que «deve» fazer..." (1997, p.106).

Os padrões de linguagem utilizados pela maioria dos doentes, por um lado e os utilizados pelos técnicos de saúde, por outro, originam frequentemente mal – entendidos já que ambos os intervenientes no diálogo possuem universos de significados que nalguns casos mal se intersectam. Para Carapinheiro, por vezes o médico envolve-se "...numa relação equivocada com a terminologia profana do doente, insistindo em recolher o que o doente não consegue dar e desprezando o que o doente quer dar e ele não consegue receber.", (1998, p.195). Esta noção parece não estar de acordo com os resultados da investigação de Cabral, Silva e Mendes, de onde se salientam os resultados à questão que solicitava uma "Avaliação da explicação dada pelos médicos ou enfermeiros sobre o estado de saúde, tratamentos ou análises", (2002, p.225). De facto cerca de 90% dos inquiridos, achou que essa informação era de fácil ou muito fácil compreensão.

Se as instruções não são cumpridas, ao invés de se tentar compreender as razões da não-realização da tarefa, pode haver lugar a uma repreensão verbal, ameaça de exclusão do processo de cuidados ou ainda o incutir de sentimentos de culpa. Acentuando este cenário, o discurso pode ser feito centrado no próprio técnico de saúde, com expressões como: «Eu não lhe disse para tomar a medicação às horas certas?!»

O questionamento de que o doente é alvo é, muitas vezes, também fértil em questões fechadas ou que inadvertidamente, por parte dos técnicos, conduzem a respostas limitadas e em função da pergunta (Coucello, 1997). Perguntas mais abertas podem permitir o surgimento de novas alternativas por parte do doente, e dar-lhe lugar a uma verdadeira liberdade de expressão.

Ao longo da sua vida, fruto de uma vivência prolongada e próxima com a doença, ou como resultado de um único internamento, o doente constrói um corpo próprio de conhecimentos relativamente à doença em geral, à sua patologia em particular e em relação às dinâmicas dos serviços de saúde. É a partir daqui que se estabelece a noção de «doente profissional». Estes doentes, segundo Carapinheiro, dispõem “...de conhecimentos e de saberes que desafiam o monopólio dos saberes do pessoal médico...” (1998, p.276), acrescentando ainda:

“Ao longo de sucessivos internamentos e das interacções múltiplas e variadas com os médicos e enfermeiros, recolhem experiências sobre o fazer, desfazer e refazer de diagnósticos, experimentam a utilização de numerosas técnicas complementares do exame clínico e acompanham os resultados de contínuas modificações dos procedimentos terapêuticos, que no seu conjunto dão forma a um saber empírico sobre a sua doença.” (Ib., p.276).

Este acumular de saberes proporciona muitas vezes aos «doentes profissionais» um conhecimento suficiente para exigir determinado tipo de cuidados ou colocar em questão a actuação dos profissionais, levando mesmo por vezes ao conflito dentro de um grupo profissional ou entre grupos diferentes. O mal estar provocado por estas situações no seio das equipas provoca comportamentos de defesa nos profissionais, que estrategicamente desvalorizam os conhecimentos do doente ou colocam em causa a necessidade deste continuar internado. A impertinência de um doente internado pode ser classificada no calão profissional hospitalar como uma «hospitalite», um termo que aparentemente designaria uma nova entidade nosológica, e que etimologicamente nos remete para um disfuncionamento no indivíduo provocado pelo excesso de internamentos.

Também do ponto de vista social, no contacto com outros utentes, estes indivíduos se constituem num recurso útil, como informadores privilegiados, especialmente em relação aos doentes que se encontram internados há menos tempo, (Dias, 1999). No contacto com os familiares de outros doentes, também são tidos em conta já que podem elaborar relatos sobre a evolução quotidiana de doentes menos aptos

cognitivamente. Esta partilha de informação desenvolve facilmente um espírito de solidariedade que, aliado a uma necessidade de se afirmar como uma peça importante na geografia social do serviço, determina que estes doentes se auto atribuam o estatuto de informador privilegiado.

Para além do papel de aprendentes, desempenham também na relação com os outros doentes o papel de agentes de ensino, já que por lhes estarem mais próximos (em termos sociais e em termos físicos) usam um discurso mais popular e consequentemente mais perceptível. Em troca também recebem informação relativamente ao estado de saúde e aos sintomas desses doentes, que por vezes canalizam para os técnicos, preferencialmente aos auxiliares ou enfermeiros. Estabelece-se deste modo uma corrente de informação que segue o percurso doente-auxiliar-enfermeiro-médico, sendo que este último, se valorizar os sintomas, valida logo que possível directamente com o doente. Noutra perspectiva, outros doentes há que

“...se assumem como os garantes dos princípios da disciplina e do «bom comportamento» hospitalar, autênticos «pontas de lança» da autoridade hospitalar no meio da enfermaria, exercendo um controlo cerrado e eficaz sobre os doentes que não cumprem as regras estabelecidas ou que incomodam demais os enfermeiros.” (Carapinheiro, 1998, p.273).

O quotidiano do doente no hospital pode oscilar entre um pólo de grande actividade com a realização de vários exames e observação por técnicos de várias especialidades, especialmente nos primeiros dias de internamento, em que se elabora um diagnóstico, e um pólo oposto, bastante mais calmo, em que o tratamento depois de determinado pode ser realizado durante dias ou semanas. A maior parte de um internamento num serviço de medicina que pode durar semanas acaba na maior parte das situações por ser uma estadia com pouca actividade para o doente, quer do ponto de vista físico, social ou cognitivo. Calnan (2000) questiona-se sobre o que fazem os doentes durante todo o dia no hospital e afirma: “A não ser que estejam a fazer exames ou algum tratamento, ouvem rádio, lêem o jornal, falam com os vizinhos, observam os médicos, os enfermeiros e os companheiros. Muitos sentem-se solitários e aborrecidos...” (p.153).

Uma actividade que ocorre nos cenários de internamento, ainda que curta em termos de duração, mas bastante interessante do ponto de vista social e da vivência do doente acerca da sua hospitalização, é a visita médica. Esta acontece, por norma,

durante a manhã, a uma hora, que nem sempre é precisa para o doente, e que compreende, habitualmente, o percurso sequencial pelos vários doentes internados cujos cuidados estão a cargo de uma determinada equipa médica. Os elementos que compõem esta visita, são predominantemente médicos, que embora fazendo parte da equipa, podem não assistir habitualmente o doente. Para além deste assistem enfermeiros, sendo que de entre estes, é mais natural a presença do enfermeiro-chefe e do enfermeiro que naquele momento assiste o doente. Podem eventualmente estar, presentes, outros técnicos como terapeutas, dietistas, farmacêuticos, alunos de medicina ou de enfermagem. Com esta composição, pode chegar às duas dezenas o séquito que visita o doente e debate a sua situação. A linguagem é exclusivamente técnica, saldando-se na maioria das vezes num discurso ininteligível para o doente que pensa que a sua doença é o centro das atenções.

Em termos dinâmicos a participação dos vários elementos que constituem a visita médica é bastante assimétrica, sendo que a maior parte da acção está reservada para o médico directamente responsável por aquele doente e que apresenta o seu caso ao director, que por sua vez questiona o médico sobre aspectos técnicos relativamente à patologia em causa e às opções terapêuticas tomadas. Os restantes médicos participam casualmente, e os outros técnicos, quase exclusivamente, só se solicitados.

Para o doente fica reservado este papel de centralidade, mas em que na realidade só assume real centralidade a sua entidade patológica como entidade abstracta, no limite referenciado à própria cama, ou ao número correspondente à mesma. Este fica no seu uniforme (pijama) ou despido, sujeito passivo de observação, tornando-se activo, na exacta proporção da resposta do que lhe é questionado. Este cenário inclui ainda outros doentes que aguardam a sua vez ou cuja patologia foi já objecto de análise, mas que assistem também à discussão dos casos das camas contíguas à sua. A capacidade de análise e interpretação, (relativamente à informação que circula na visita médica,) que é reconhecida a cada doente não é objecto de reflexão. Como o doente é detentor de um saber profano cuja esfera de conteúdos, não se intersecta em nada com o saber médico, técnico e científico, julga-se possível discutir os casos individuais frente a outros doentes, mantendo no entanto os princípios da confidencialidade dos dados e do segredo profissional.

A gestão que o doente faz deste momento é bastante diversa, mas contempla, normalmente algum sentimento de satisfação pela formalidade que a sua doença gera em individualidades tão sapientes como os técnicos de saúde, a par de alguma confusão

provocada pelo discurso do qual se fixaram apenas alguns termos e ainda assim de uma forma duvidosa e pouco esclarecida.

Num relato de um jovem sobre uma experiência deste tipo vivida num hospital francês, Hesbeen (2000, p.22) cita Hennezel:

“Desembarcam aos dez no quarto. Apenas um aperto de mão indiferente e lá estão eles à nossa volta a discutir o tratamento, como se já não estivéssemos ali! O médico chefe pergunta à enfermeira chefe quantas vezes sujámos a cama, se dormimos bem, se vomitamos, tudo isso por cima da nossa cabeça como se fôssemos atrasados mentais! Os internos olham pela janela com olhar vago para não o cruzarem com o nosso olhar ansioso. Murmuram qualquer coisa incompreensível a respeito do ensaio de outro tratamento, e todos desaparecem sem que ninguém tenha tido a humanidade de se sentar junto de nós e de nos perguntar como vivemos tudo aquilo”.

Doentes solicitados a produzir uma apreciação sobre o modo como foram tratados no hospital avaliaram os serviços prestados, como tendo tido de um modo geral uma opinião bastante positiva, valorizando por vezes aspectos a que os profissionais não reconhecem importância, ou reconhecendo-a, esta era secundária (Morrison, 2001). Como por exemplo desta situação é referida, no estudo realizado por este autor, a relação de qualidade que os doentes estabeleceram com os estudantes de enfermagem, que no entanto não era incentivada pelos profissionais do serviço.

Num outro estudo referenciado por Cabral, Silva e Mendes (2002), realizado em alguns países da Europa Ocidental, nos EUA e no Canadá é demonstrado que o índice de satisfação dos utentes dos serviços de saúde relativamente a esses serviços era bastante elevado e se revelava bastante homogéneo, “...apenas 5% dos inquiridos afirmaram estar insatisfeitos, com os cuidados médicos...” (p.209).

Os mesmos autores, em investigação realizada em Portugal (2002), e relativamente a uma questão que pedia uma avaliação global dos cuidados recebidos durante o internamento hospitalar apuraram que cerca de 80% das opiniões foram bastante positivas. Noutra dimensão, estes resultados não condizem com a avaliação que outras instituições fazem dos cuidados de saúde e em especial os cuidados hospitalares, tomando como exemplo a comunicação social.

Uma hipótese que é levantada por Cabral, Silva e Mendes, considera que estes níveis altos de satisfação estarão relacionados com aquilo que alguns autores chamam de *gratitude bias*:

“...segundo o qual a atitude de reconhecimento dos pacientes pode condicionar a avaliação que fazem dos cuidados recebidos. Por outro lado, o saber pericial da medicina, cada vez mais dependente da alta tecnologia, coloca o paciente numa situação de especial dependência em relação ao perito...” (2002, p.213).

Em relação ao fenómeno da *gratitude bias*, é fácil perceber que a sua ocorrência decorre do facto de, muitas vezes o que está em jogo no hospital, e no contacto com os técnicos de saúde, é, nada menos que a vida, entendida como valor máximo na nossa sociedade. O objectivo da cura é assim absolutamente prioritário para o doente, relegando para um plano secundário todas as ocorrências que não interfiram directamente com a cura. “...desde que o médico cure, todas as outras dimensões do sistema de saúde tenderão a assumir um peso secundário na avaliação dos cuidados prestados.” (Ib., p.214).

Cabral, Silva e Mendes (2002), chamam ainda a atenção para o facto de que quando se interpelam os utentes no sentido de apurar as suas percepções da prestação de cuidados, ser importante destriçar entre a experiência que este teve enquanto utilizador e a avaliação que este faz dos serviços em que foi utente. Normalmente os utentes parecem ser bastante mais críticos nas apreciações sobre as experiências do que sobre a avaliação.

O grau de satisfação com o serviço de internamento está, seguramente, relacionado com muito factores, mas o nível de aproximação ao estado de saúde / homeostasia, no momento em que é produzida a avaliação, revela-se de grande importância, pelo que se torna fundamental contextualizar o momento em que qualquer colheita de dados é efectuada neste domínio.

3.3.2 – Os técnicos

No hospital cruzam-se vários grupos profissionais na prestação de cuidados de saúde. Cada grupo procura, dentro das respectivas margens de manobra, captar para a sua esfera discursiva algum protagonismo nos cuidados de saúde ao doente, como estratégia de afirmação e manutenção da sua identidade socioprofissional. Multiplicam-se os quadros teóricos de abordagem ao doente, sendo que esta variação para além de se registar entre os vários grupos profissionais, regista-se também dentro de cada

profissão. A filosofia de cada grupo é sustentada por uma linguagem própria, por exemplo: a enfermagem cuida, a medicina trata.

Não obstante esta diversidade desenvolvem-se algumas ideologias do modo como deve ser entendido o doente. A Enfermagem privilegia um discurso em que o doente é um todo e requer uma abordagem holística onde a dimensão da relação humana é primordial, a medicina centra-se essencialmente na doença e no órgão doente, adoptando uma postura de natureza mais técnica. Hesbeen critica a reivindicação da responsabilidade do cuidar de um doente por determinado grupo profissional, pelo que defende que:

"A atmosfera de humanidade num local de cuidados não é apanágio de um único grupo profissional mas decorre de um estado de espírito, antes de mais desejado e tornado possível pela equipa de direcção, comum a todos os prestadores de cuidados e, de um modo mais amplo, a todos os actores." (2000, p.46).

Sendo a actividade de educação para a saúde uma vertente bastante divulgada no desempenho dos técnicos de saúde, pelo menos no plano teórico, importa ter presente que a lógica do ensino que é feito ao utente está intimamente relacionada com as concepções que os técnicos de saúde têm do processo de ensino-aprendizagem.

A diversidade de perspectivas que emerge deste contexto cifra-se numa aparente "anarquia pedagógica", dado que as competências pedagógicas que a maior parte dos profissionais possui são resquícios das disciplinas da formação inicial, que directa ou indirectamente abordaram modelos ou práticas pedagógicas.

Alguns profissionais, ao longo da formação contínua puderam também obter uma formação complementar em pedagogia. A todos é certamente comum, a experiência de vida, por si só formativa também no acto pedagógico.

Se para Rocha (1988, p.19), a elaboração de um método educativo tem estado essencialmente relacionada "...com a ideia que, ao tempo, se faz da criança a educar...", podemos afirmar que nas práticas de ensino para a saúde, a elaboração do método educativo tem a ver fundamentalmente com a representação que cada técnico tem acerca do que deve ser o acto pedagógico, e do papel que, neste acto está reservado ao aluno/doente.

No hospital, as práticas pedagógicas relativas à educação para a saúde e prevenção da doença, realizadas com os doentes obedecem a uma lógica próxima do

modelo centrado nas aquisições proposto por Ferry ⁽¹⁾ (1987), em que a ênfase da acção educativa é colocada no processo de aquisições do doente face a um conjunto de saberes que lhe são independentes e externos.

Prevalecem situações em que o técnico de saúde é o detentor da sabedoria e generosamente cede alguma informação ao doente que deve ser aceite e cujas prescrições devem ser cumpridas acriteriosamente.

Os doentes constituem-se assim em destinatários da formação que são entendidos como objectos para transformar, aos quais se lega um conjunto de informações e de competências, em doses fraccionadas e sequenciais.

Segundo Ogden a concepção tradicional da doença entende o doente com um sujeito-subjectivo por oposição ao técnico-objectivo. Aliás, ao doente são reconhecidas “...crenças leigas, individuais e variáveis.” (1999, p.98), já o técnico, é considerado detentor de um conhecimento objectivo e fundamentado.

No entanto e de acordo com a lógica do técnico-sujeito, a investigação determinou que os técnicos têm também as suas próprias crenças que influenciam transversalmente o seu desempenho, seja ele de diagnóstico, prognóstico, tratamento ou educação.

Dado o papel de *expert* que é reconhecido ao técnico, pelo doente, a comunicação de tais crenças processa-se de uma forma inconsciente, influenciando as representações que elabora sobre a sua doença.

⁽¹⁾ Ferry sugere um modelo no qual são enquadráveis as práticas de educação para a saúde no hospital, quer estas se desenvolvam num registo formal ou informal. Este modelo adianta a possibilidade de organizar as lógicas de funcionamento das situações educativas em torno de três eixos:

- Um eixo estabelecido a partir das *aquisições* do aprendente, em que aprender é entendido como a aquisição de um saber veiculado pelo professor, organizado em função de resultados mensuráveis, também validados pelo professor. A progressão na aprendizagem faz-se por controlo em cada etapa, segundo critérios externos ao aluno, decorrentes de objectivos e conteúdos predeterminados.

- Um eixo baseado no *processo*. Neste, está reservado ao aluno um papel mais activo e em que se perspectiva o desenvolvimento da sua personalidade, a capacidade de lidar com problemas complexos e onde a aprendizagem não se restringe à integração de conteúdos predeterminados. O professor passa para segundo plano e é encarado como um facilitador da aprendizagem.

- Um eixo baseado na *análise* das situações, em que são enfatizados momentos de análise pelo formando, dos objectos fonte de aprendizagens, como modo privilegiado de reflexão sobre a experiência individual.

Torna-se então imperioso entender que, para percebermos a complexidade inerente aos processos de comunicação entre o técnico de saúde e o doente, bem como os seus efeitos, aqueles devem ser considerados como um binómio. Os processos de comunicação são únicos e a sua natureza deriva necessariamente da postura dos indivíduos neles envolvidos.

Neste aspecto a reacção emocional dos técnicos de saúde ao doente deve também ser tida em conta. Na linha do que foi anteriormente referido, cada técnico reage de uma forma única a cada doente acontecendo que frequentemente, a subjectividade que é sentida por aquele não é tida em conta, porque passa despercebida enquanto linguagem não verbal, ou porque existe alguma resistência a reconhecer a sua potencial interferência no processo de cuidados, pelo que, tal como afirma Corney: “...as reacções emocionais devem ser reconhecidas para que não interfiram com os cuidados a prestar ao doente.”, (2000, p.30).

Num outro eixo de estudo dos técnicos e dos papéis que estes desempenham, os circuitos de comunicação que se estabelecem no hospital podem constituir um fértil campo de análise relativamente ao modo como os diferentes grupos profissionais interagem. A comunicação desenvolve-se, tendencialmente, dentro do grupo profissional em que cada técnico está inserido, ocorrendo algum grau de isolamento profissional, (enfermeiros falam com enfermeiros e médicos falam com médicos) potenciando algumas situações em que as falhas de comunicação entre equipas podem criar problemas (Taylor, 1995). A comunicação entre equipas, para além de se processar de um modo deficitário, por vezes torna vazios determinados circuitos, como é o exemplo do contacto entre médicos e auxiliares que pode ter como intermediários os enfermeiros (Carapinheiro, 1998).

3.3.2.1 – Os enfermeiros

Fruto de uma pesada herança de subsidiariedade, em relação a outros grupos que historicamente desenvolveram actividade na área da assistência à doença, a enfermagem busca ainda hoje um referencial identitário sólido e consensual (Collière, 1999; Hesbeen, 2001). Para Collière (1999), a enfermagem tem uma dupla filiação, de ordem conventual e médica, que condicionaram tradicionalmente, uma relação de alheamento

face ao saber e diferentes modos de conceptualização dos cuidados de enfermagem. Na primeira metade do século XX privilegiava-se uma abordagem à doença, pela via da técnica rigorosa, passando, nas últimas décadas do século XX, a filosofia de actuação a incorporar aspectos que valorizavam uma vertente mais humana e relacional com o utente. Simultaneamente ocorreram processos de tentativa de demarcação da imagem social de “auxiliar do médico”, bem como uma aquisição de formação de nível superior, procurando a constituição de um corpo de conhecimentos próprios. Neste sentido Collière sublinha: “Como para qualquer grupo profissional que tenha conhecido, durante muito tempo, uma privação e uma sub-alimentação intelectual deliberadamente mantida, a universidade representa um pólo de atracção particularmente apetecido”, (Ib., p.198).

O “irredutível identitário” da enfermagem, a um nível discursivo, parece situar-se algures em torno da relação com o indivíduo/família e do modo como estes sentem e incorporam os processos de saúde-doença. Para Hesbeen “...a prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se assim num encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam.”, (2000, p.102). Já Honoré, no prefácio a Hesbeen, (Ib., p.XI) defende “...uma concepção do processo de Enfermagem, como acompanhamento, fazer caminho com o outro em dificuldade, no que se refere à sua saúde”.

Carapinheiro (1998), considera que existe uma contradição central que atravessa a profissão de enfermagem e que se prende com o facto de o importante papel psicossocial que é reconhecido à enfermagem não ser compatível com as exigências de um sistema que privilegia de modo crescente os processos de racionalização do acto médico. Não obstante, e utilizando um complexo esquema de classificação das suas actividades com nuances de autonomia *versus* interdependência, os enfermeiros procuram esquivar-se à conotação social de que são alvo como “submédicos”. No hospital verificam-se elevados níveis de subordinação funcional ao trabalho médico que se constitui como eixo estruturante de toda a actividade hospitalar (Carapinheiro, 1998). Na relação com outros actores do cenários hospitalar, Carapinheiro chama a atenção para o facto de que:

“Como plataforma de mediação entre médicos e doentes, exige-se aos enfermeiros que desenvolvam não só um trabalho técnico, mas também um trabalho de controlo social sobre os doentes, na manutenção da ordem e da disciplina concebida pela autoridade social dos médicos.” (Ib., p.189).

3.3.2.2 – Os médicos

O médico adquiriu tal estatuto, que hoje medicina e saúde se confundem. Surge como detentor de um saber que lhe confere poder e com o qual gere valores julgados como dos mais importantes na nossa sociedade. Ele pode mudar o curso da doença, manter a vida, adiar a morte.

Constituindo-se o saber como a fonte de poder que os médicos utilizam nas suas estratégias de actuação dentro do hospital, ocorrem diversos mecanismos de protecção desse bem que é criteriosamente protegido. Carapinheiro relaciona a natureza do comportamento da classe profissional dos médicos com a natureza do seu saber, “...revestido de uma base hermenêutica que mantenha os doentes com o seu saber nativo e os conserve numa situação de dependência e, simultaneamente, de distância social.”, (1998, p.73).

A autoridade do médico, é reconhecida socialmente em função dos saberes, mas também dos poderes que se jogam na relação que estabelece com o doente e outros técnicos, e que lhe conferem uma autonomia de acção tal que facilmente as funções da organização “hospital” se confundem com as funções do médico. Como refere Carapinheiro:

“Os médicos apresentam-se como grupos e pressão no hospital (...) No recrutamento do doente como cliente hospitalar denuncia-se o sistema de relações do médico ao hospital. Os médicos admitem e distribuem doentes pelos serviços por critérios endógenos ao saber e interesse médicos.” (1987, p.145).

Ao médico é tradicionalmente atribuído respeito, credibilidade e prestígio, sendo os doentes, por norma, receptivos à informação e conselhos que veicula. No entanto, na relação que se estabelece entre médico e utente, surgem frequentemente dificuldades na comunicação entre ambos já que os seus universos de significados se intersectam tangencialmente, condicionando uma assimetria relacional para cujos pólos migra cada um dos intervenientes. O médico estabelece-se como o organizador da relação, possuindo uma série complexa de conteúdos com que informa o doente, embora no entender de Coucello (1997), isto se constitua facilmente num problema, já que o médico acaba por não se conseguir mover fora desse conjunto de conteúdos. No fundo: “...trata-se de um jogo porque tem regras, só neste caso as regras são ditadas por um dos

jogadores, arriscando que o outro deixe de jogar, ou tente «furar» as regras, aliás como quase sempre acontece.”, (Ib., p.133).

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 - FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

Desde o primeiro momento em que o Homem adquiriu a capacidade de abstracção - que lhe permitiu a elaboração do pensamento simbólico - que não mais cedeu à tentação de atribuir significações ao meio em que estava inserido, bem como aos seus elementos constituintes. A mitologia ou a ciência surgem como tentativas de elaborar uma visão e compreensão do mundo, de uma forma sistemática e estruturada.

É deste modo que surge o conhecimento, quando o Homem impregna um objecto de características que fazem parte do seu universo de significados. Da atribuição de características ao meio que o rodeia, e sua organização, resulta uma estruturação da realidade. O meio é então passível de ser catalogado, sistematizado por forma a serem optimizados os recursos que dele emanam e que estão à disposição dos indivíduos.

Fruto da análise dos princípios que presidem à concepção e prática da ciência moderna, surgiram nas últimas décadas, correntes que entendem ser necessária uma reformulação ou mesmo uma refundação da ciência à luz de princípios que permitam ultrapassar aquilo que, no seu entender, constituem alguns obstáculos à construção de um conhecimento mais fidedigno da realidade.

Com efeito, a ciência moderna tem como pilar fundamental a matemática, numa lógica positivista, sendo que esta lhe fornece um instrumento de análise, e de investigação, como também lhe proporciona um modelo de representação da própria realidade. Tal cenário contribuiu decisivamente para uma representação do real baseado em princípios e normas, que originam leis que norteiam e balizam a possibilidade de construção do conhecimento. Aliás, fora desta aplicação matemática que enquadra a possibilidade da construção do conhecimento, não é legítima qualquer forma de saber válido. De facto, em alguns domínios da ciência moderna, busca-se ainda hoje a lei fundamental da Física sob a qual consigam reunir todas as leis conhecidas, a chamada lei universal.

Numa lógica de contestação a esta forma de fazer ciência, Sousa Santos afirma que no âmbito da ciência moderna:

"...conhecer, significa quantificar. O rigor científico afere-se pelo rigor nas medições, as qualidades intrínsecas do objecto são, por assim dizer, desqualificadas e em seu lugar passam a imperar as quantidades em que eventualmente se podem traduzir, [pelo que] o que não é quantificável, não é cientificamente relevante.", (2001, p.15).

Desta forma, a progressão no conhecimento só se constrói a partir da segmentação e compartimentação do real, em detrimento de uma perspectiva global em que, naturalmente, a junção dos vários constituintes do objecto de estudo, resulta em algo mais complexo que uma simples adição de características.

O mesmo autor insiste, referindo que a progressão da ciência, ancorada num ideal de racionalidade, permitiu a revelação de aspectos que demonstram a sua falibilidade, nomeadamente as questões que vem colocar o princípio da incerteza de Heisenberg, a mecânica quântica e a teoria da relatividade de Einstein, que não são de todo compatíveis com uma visão Cartesiana do universo. A ciência deve no entender de Sousa Santos, para superar este impedimento epistemológico, construir-se em torno de um eixo estruturante que incorpore os princípios das chamadas ciências sociais em que a dicotomia sujeito-objecto seja ultrapassada, dando lugar a uma visão mais integrada do mundo.

Edgar Morin, também entende o actual modelo de ciência como insuficiente e em crise, e sugere que o modo de resolver esta, passa pela adopção de um pensamento complexo, que deve contextualizar e globalizar o real. Para este autor, pensar de uma forma complexa, é abraçar "...o jogo infinito das inter-retroacções, a solidariedade dos fenómenos entre eles, a bruma, a incerteza, a contradição." (2001, p.21), alertando ainda para o facto de um pensamento que pretenda compreender o complexo no seu todo deve privilegiar a racionalidade deste por oposição à sua racionalização. Com efeito: "...a racionalidade é o diálogo incessante entre o nosso espírito que cria estruturas lógicas, que as aplica sobre o mundo e que dialoga com o mundo real...", para ele a racionalidade não tem a pretensão de esgotar num sistema lógico a totalidade do real mas a vontade de dialogar com o que lhe resiste. Por oposição, a racionalização, (Ib., p.102): "...consiste em querer encerrar a realidade num sistema coerente, e tudo o que na realidade contradiz este sistema coerente é desviado, esquecido, posto de lado, visto como ilusão ou aparência."

A emergência das Ciências sociais acompanhou, numa primeira fase, o ideal positivista das Ciências naturais. A legitimação das ditas Ciências sociais e humanas foi, nesta fase inicial, construída através da sobreposição de pressupostos e métodos das ciências naturais nos fenómenos humanos. O esforço de "cientifizar" os fenómenos humanos depressa se deparou com algumas dificuldades de âmbito epistemológico, dada a natureza idiossincrática dos fenómenos sociais.

Desta forma, acontecimentos de ordem social, porque resultantes de lógicas de acção humanas, pautam-se pela imprevisibilidade sendo dificilmente compatíveis com uma padronização lógico-matemática que pretende poder antever o desenrolar dos processos em estudo. Por outro lado os fenómenos sociais são histórica e culturalmente condicionados pelo que só podem ser compreendidos à luz do contexto em que se produzem, impossibilitando a sua generalização a outros cenários.

1.1 – INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

A metodologia escolhida para esta investigação serve uma abordagem descritiva e qualitativa dos processos em estudo, no sentido que lhe é conferido por Bogdan e Biklen (1994), e em que os dados recolhidos são designados por qualitativos, “...o que significa ricos em pormenores descritivos, relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico.” (p.16).

As questões que fornecem o ponto de partida para a investigação, não estão operacionalizadas em função de variáveis, mas sim em função de uma acção que pretende estudar um objecto de estudo em toda a sua complexidade e contexto original. Assim, consideramos que os fenómenos em análise não têm uma existência independente dos indivíduos, e pretende-se percebê-los através da interpretação que deles fazem os próprios indivíduos que os experienciam. Como afirma Cavaco: “Nos fundamentos fenomenológicos, o central é o estudo dos factos através da significação que cada indivíduo lhes atribui e não se coloca *a priori* qualquer hipótese, preocupando-se, sobretudo, com a descrição rigorosa do fenómeno em estudo.” (2001, p.81).

Os factos sociais, ao contrário dos naturais, pressupõem uma dinâmica histórica e cultural que os condiciona e determina. Um fenómeno é um produto com determinados antecedentes históricos e culturais, que o tornam único, contextualizável e subjectivo. Esta característica impede uma generalização e extrapolação para uma população, mas condiciona-a a generalizar para sub-populações que partilhem antecedentes semelhantes. A impossibilidade de efectuar previsões sobre os fenómenos sociais é outra característica que os torna únicos. O homem, a partir dos conhecimentos que possui acerca das situações, adequa o seu comportamento, tornando-o menos previsível. O conhecimento que os sujeitos possuem das suas práticas sociais,

encaminha-os para uma mutabilidade constante e descontínua dos seus comportamentos e movimentos sociais.

Parte-se então à procura da realidade tal como ela é vivenciada pelos participantes do estudo.

1.2 - PROBLEMÁTICA, QUESTÃO CENTRAL E OBJECTIVOS

Através da pesquisa bibliográfica efectuada, procurou definir-se os contornos deste estudo numa perspectiva abrangente. Explicitaram-se os conceitos fundamentais que se relacionam com a educação de adultos e que argumentam que o adulto tem uma faculdade intrínseca de aprender, e que essa capacidade para se desenvolver necessita de determinados requisitos, já amplamente discutidos no seio das Ciências da Educação. No enquadramento teórico procuramos também entender, sempre a partir do ponto de vista dos doentes, o modo como estes percebem a doença, a vivência do internamento hospitalar, bem como as suas relações enquanto actores neste contexto. O meio hospitalar, com a sua complexa teia de relações e dinâmicas, e onde a rotina diária coexiste com o imprevisto permanente, constitui-se como um local cujo estudo, do ponto de vista da aprendizagem, mobiliza conceitos, como as relações de poder entre os actores, que vão muito para além de uma abordagem linear ao estudo das aprendizagens.

Do cruzamento da consulta bibliográfica realizada e de uma reflexão profunda sobre os propósitos da investigação, definiu-se a seguinte questão central de investigação:

- Que processos de aprendizagem estão subjacentes à interiorização que o indivíduo faz do seu papel de doente?

O objecto de estudo desta investigação é constituído pelas aprendizagens que os doentes realizam no referido contexto. Sendo a procura da satisfação desta questão, passível de se orientar por múltiplas perspectivas, dirigiu-se o estudo para dimensões mais específicas de análise, que originaram as seguintes questões auxiliares de pesquisa:

- Qual a natureza das aprendizagens dos doentes, e tipos de saberes que resultam de uma situação de internamento hospitalar?

- Que momentos e pessoas se constituem como decisivos na aprendizagem dos doentes em internamento?

- Que estratégias mobilizam os doentes internados no hospital para “sobreviver” num meio que lhes é desconhecido e cujo controlo é ditado por normas que desconhecem e não podem alterar?

- Em que medida é o contexto hospitalar determinante nas aprendizagens realizadas pelos doentes?

1.3 - O ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é um entre vários modos de fazer pesquisa em ciências sociais. Surge como o modo mais adequado quando se colocam ao investigador, questões do tipo “como” e “porquê”, em que este é contemporâneo aos factos da vida real, mas não tem muito, ou nenhum controlo sobre os acontecimentos (Yin, 2001), e consiste na observação e análise detalhada de um contexto ou situação concreta (Bogdan e Biklen, 1994). A grande vantagem desta forma de investigação consiste no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num caso específico, ou situação e de identificar ou tentar identificar os diversos processos interactivos em curso.

No âmbito da investigação, e no decurso de um estudo que pretenda captar e estudar uma determinada realidade social, o estudo de caso afigura-se como um importante contributo para a produção de conhecimento, já que permite manter e reproduzir de um modo holístico as características da situação em análise. No estudo de caso enfrenta-se uma situação tecnicamente única em que os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos. No presente caso, aprendizagens de doentes hospitalizados (objecto) e serviço de internamento (contexto) têm relações próximas e de interdependência.

As mais marcadas críticas à validade dos estudos de caso conotam-nos com uma potencialidade heurística irrelevante, já que as conclusões que destes emergem não podem ser generalizáveis ao resto da realidade, porque se pronunciam precisamente sobre um caso particular dessa mesma realidade. Esta noção é refutável se considerarmos que o estudo de caso pode ser considerado como um pequeno passo intermédio na direcção da generalização (Stake, 2000), já que não pretende representar

o mundo, nem operar generalizações dos conhecimentos que dele advêm, mas sim descrever e analisar aquele caso em particular. Determinado caso não é abordado pelo que significa em si, mas no seu estudo o que é pretendido, é dar-lhe significado. “É um entre outros.” (Ib., 2000, p.236). “Um estudo de caso é, para além de um processo de aprendizagem acerca de um caso, o produto dessa aprendizagem.” (Ib., p.237).

Neste trabalho privilegia-se uma perspectiva próxima daquela que Stake (2000) entende por *estudo de caso intrínseco*, e em que se estuda o “caso pelo caso”. As ambições do estudo centram-se exclusivamente num determinado aspecto particular, sem qualquer veleidade de extrapolação de resultados. Neste cenário a teoria é colocada ao serviço do estudo. Noutros cenários configurados por Stake, como o *estudo de caso instrumental*, o estudo é colocado ao serviço da confirmação de uma dada teoria ou como o *estudo de caso colectivo*, a particularidade do próprio caso perde algum interesse relativo, subordinando-se ao conjunto de situações.

Num estudo de caso a pertinência de estudar em contexto, advém do facto de que, na linha do que defende Friedberg:

“...o conhecimento dos actores a partir das suas características psicológicas e sociais, mas fora e independentemente dos contextos empíricos nos quais se desenvolve a sua acção, não fornece uma chave de leitura fecunda para a compreensão da acção colectiva” (1995, p.19).

Da natureza específica de cada caso, emerge a noção de que nenhuma consideração de ordem geral explica cada contexto, e que esta, a ser dada, só pode caracterizar a realidade de uma forma inconsistente e redutora. Impõe-se então, que, em nome do rigor investigativo e da produção do conhecimento, as prioridades de cada abordagem organizacional se estruturam em torno da busca de um conhecimento pontual no espaço-tempo. Para além disto as conclusões e interpretações de uma abordagem deste carácter: “...não têm de facto, nenhuma validade externa ao contexto de acção estudado concretamente. Não podem, sem outras precauções, ser transferidas para um outro contexto para nele serem de algum modo «aplicadas».” (Ib., p.21).

O modelo interpretativo que é constituído a partir da análise de um contexto específico, correndo o risco de perder protagonismo num quadro mais amplo, ganha naquele terreno particular de que é oriundo, um carácter de validade reconhecido pelos actores desse sistema, e que pode no futuro determinar mudanças no seu comportamento.

Um estudo de uma situação particular pode ter diferentes critérios de escolha, segundo alguns autores, assim, o investigador pode optar por um caso que no seu entender seja representativo e revelador da maior parte dos casos, ou pelo contrário, pode considerar oportuno o estudo de um caso que se distingue pela sua atipicidade. (Yin, 2001; Bogdan e Biklen, 1994).

Presidindo à elaboração do projecto de um estudo de caso, deve estar subjacente uma “teoria” do que é estudado. Para elaborar um esquema elementar do projecto, o investigador deve estar já na posse de uma teoria, que lhe dará uma direcção dos dados a colectar, como dirigir o seu olhar para aspectos particulares da realidade, bem como a estratégia de análise desses dados.

No presente estudo de caso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que nos permitiu estabelecer vários eixos de análise sobre o modo de perspectivar as aprendizagens do doentes em contexto hospitalar. Assim, no enquadramento teórico estabelecemos os processos de aprendizagem dos adultos, as dinâmicas próprias do contexto hospitalar e as interacções entre os vários intervenientes no hospital como dimensões privilegiadas de pesquisa.

Do ponto de vista da colheita de dados, o estudo de caso pode recorrer a várias fontes de evidências como a observação ou entrevistas. Ao cruzar os dados oriundos das várias fontes desenvolve-se um processo de triangulação, neste é considerado “...um processo que utiliza múltiplas percepções com o objectivo de clarificar sentidos, verificação de repetitividade de observação ou interpretação.” (Stake, 2000, p.241).

No entender de Yin, a pertinência da triangulação prende-se com o facto de que: “...qualquer descoberta ou conclusão em um estudo de caso provavelmente será muito mais convincente e acurada se se basear em várias fontes distintas de informação, obedecendo a um estilo corroborativo de pesquisa.”, (2001, p.121).

Paralelamente à triangulação dos dados, se se multiplicarem as abordagens teóricas ao fenómeno em estudo, o investigador densifica também a sua capacidade de compreensão daquele facto, neste sentido procurámos adoptar simultaneamente uma perspectiva psicológica e social dos processos de compreensão da doença.

Em termos de técnicas de recolha de dados, o estudo de caso caracteriza-se por uma multiplicidade de opções com um carácter de complementaridade mútua. Nesta pesquisa optámos por realizar entrevistas, dada a natureza da informação que pretendemos obter. Esta escolha será adiante discutida em capítulo próprio. Sendo a aprendizagem um processo de tal forma subjectivo, que é principalmente a partir do

próprio aprendente que se pode obter informação quanto à sua natureza, outras técnicas não apresentam vantagens de relevo.

Como fonte adicional de informação, optou-se por investir a investigação do conhecimento empírico que o investigador tinha do campo de estudo, fruto de uma experiência profissional de dez anos no contexto investigado.

2 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A qualidade do procedimento de recolha de dados assegura a fidedignidade dos dados obtidos pelo investigador. Em ordem a uma correcta colheita de dados, Yin (2001), estabelece um conjunto de princípios a que o investigador deve estar atento e manter. São relevadas competências no domínio da comunicação como a capacidade para fazer boas perguntas e ser um bom ouvinte, procurando não enviesar o estudo em função dos seus próprios preconceitos, devendo para tal, o investigador questionar-se a si próprio até que ponto está ele disposto a encontrar aspectos contrários ao que esperaria ou seria aparentemente lógico.

O investigador deve ter sempre presente o objectivo de partida da investigação, já que, sem uma noção clara do que deve ser estudado, podem passar despercebidos aspectos importantes. A recolha de dados não é um simples registo mecânico destes, mas sim uma possibilidade de levantamento de novas questões e pistas para a investigação. As novas situações devem ser entendidas como oportunidades, apelando à capacidade individual de adaptabilidade e flexibilização do investigador.

2.1 – TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

A entrevista constitui-se como uma forma privilegiada de recolha de dados que permite ao investigador em ciências sociais apreender a perspectiva dos indivíduos sobre a problemática abordada, pois permite percepcionar expectativas, desejos e vivências individuais. A entrevista, entendida por Bogdan e Biklen como uma: “...conversa intencional, geralmente entre duas pessoas (...) dirigida por uma das pessoas, com o objectivo de obter informações sobre a outra.” (1994, p.134), permite ao investigador recolher dados descritivos na linguagem do indivíduo, bem como as suas interpretações do real (Bogdan e Biklen, 1994; Foddy, 1996), mas também pode sugerir pistas para novas vias de investigação e procura de informação (Yin, 2001).

No contínuo de várias gradações, em termos de estruturação, que a entrevista pode assumir, desde uma modalidade não estruturada com uma pré-formatação mínima

até uma estruturação rígida de questões, optou-se no âmbito deste estudo, pela realização de entrevistas semi-estruturadas. Com efeito, o entrevistador dispõe neste dispositivo, de alguns tópicos que lhe servem de guião para uma conversa, com temas que serão seguramente abordados, mas que simultaneamente, permitem modelar os assuntos que emergem da entrevista por forma a explorar novas questões, possibilitando ao entrevistado produzir discurso sobre os temas em causa. A capacidade de ouvir não se restringe então a uma mera competência auditiva, mas permitirá também ler nas “entrelinhas” e procurar interpretar em tempo real o discurso do entrevistado.

O guião da entrevista, (na página seguinte) enquanto instrumento de apoio ao serviço da técnica de colheita de dados, estruturou-se em torno de grandes temas, julgados de interesse para a investigação, tentando compreender o comportamento e os significados construídos pelos sujeitos, sem lhes impor uma categorização exterior que condicionasse em excesso a amplitude das suas respostas. Neste sentido o guião reflecte também uma preocupação em não partilhar com o entrevistado uma concepção do doente como “aprendente”.

Procurou-se que o guião possibilitasse a obtenção de dados que servissem a formulação de uma resposta para as interrogações de partida, privilegiando questões que reenviaram o sujeito à sua experiência, encorajando uma dimensão quer descritiva, quer analítica e crítica nas respostas dos doentes abordados, procurando obter destes “...um conjunto de variáveis do foro subjectivo não directamente mensuráveis.” (Foddy, 1996, p.1). As questões foram elaboradas com o objectivo de produzirem respostas que, mais do que originar o reconhecimento de representações por si veiculadas, reflectissem uma efectiva evocação das representações dos doentes sobre o seu internamento.

GUIÃO DA ENTREVISTA

DESIGNAÇÃO DO BLOCO	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES
Bloco A Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar em linhas gerais em que consiste o trabalho. • Pedir a colaboração do entrevistado e assegurar a confidencialidade da entrevista.
Bloco B Descrição / Avaliação da experiência de internamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Apurar quais os momentos, e pessoas mais significativas, ao longo do internamento, para o doente, e as suas causas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como decorreu esta experiência de internamento? • O que é que decorreu como esperava? O que decorreu como não esperava? Teve dificuldades? Quais? Como as resolveu da primeira vez? E nas seguintes? • Foi a primeira vez que esteve internado? Que outras vezes esteve internado? • Como foi a transmissão da informação que lhe fizeram? Que ficou a saber? E com quem? Acha que lhe disseram “tudo”?
Bloco C Relações estabelecidas com outros actores / instituição e sua natureza.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar aprendizagens decorrentes das relações inter-pessoais, ou da vivência de um contexto do internamento, enquanto doente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como foi a relação estabelecida com os técnicos de saúde? (auxiliares, médicos, enfermeiros, outros?). Como decorreu a visita médica? • Quando precisou de algo como procedeu? Com quem contactou primeiro? Como conseguiu aquilo que lhe era necessário? • Como foi o convívio no quarto/serviço com os outros doentes e ou sua família? De que falavam, e o que faziam? • Sabe alguma coisa do estado de saúde dos outros doentes? O quê? Como soube? • Como ocupava o tempo livre no hospital? • O que teve que mudar nos seu hábitos diários enquanto esteve internado? Como fez isso? • Realizou algum tipo de deslocação ao exterior do serviço (exames, tratamentos, etc)? • Que ficou a saber do modo como funciona o serviço? (horários, regras, dinâmicas)? Se pudesse, que alteraria?
Bloco D Representações da sua situação de doença.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar representações do indivíduo quanto ao seu papel de doente. 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é para si estar doente? • O que é para a sua família ou amigos, verem-no doente? Tratam-no de forma diferente quando está internado?
Bloco E Alterações surgidas na sua vida decorrentes da doença / internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Definir saberes adquiridos em função do seu estado de doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como lidou com o facto de ficar internado? Que alterações lhe trouxe o internamento na sua vida profissional? E na sua vida pessoal e familiar? • Que alterações, no estilo de vida (actividade, mobilidade, alimentação, etc) lhe trouxe a doença? Como aprendeu a lidar com essas alterações? • Em que é que o futuro vai ser diferente?

A realização de entrevistas, naturalmente, não é «asséptica» do ponto de vista da subjectividade do investigador, dado que este incontornavelmente «contamina» o processo de elaboração das questões com as suas representações da problemática em estudo, ou no decorrer da entrevista pode induzir o entrevistado em determinado tipo de respostas. Foddy chama a atenção para este facto afirmando que:

“... queiramos ou não admiti-lo, ou impomos a nossa própria perspectiva sobre a realidade, ou impomos as nossas prospecções sobre as perspectivas que os inquiridos têm sobre a realidade e a verdadeira questão é saber com que grau de consciência o fazemos.” (1996, p.212).

Burgess defende, ainda nesta linha, que os investigadores devem operar um trabalho de introspecção, já que “...devem ponderar em que medida é que as suas características pessoais irão influenciar a prática da entrevista.” (1997, p.116). O investigador deve também estar preparado para ter de se adaptar aos horários e disponibilidade do entrevistado bem como ao seu grau de cooperação.

A relação que se estabelece entre entrevistado e entrevistador, é uma relação entre dois sujeitos, e no seio da qual ocorrem processos de troca de representações e interpretações sobre as intenções do outro. Os inquiridos normalmente procuram pistas sobre a perspectiva que o estudo ou o investigador assume e muitas vezes respondem de acordo com aquilo que é esperado, ou socialmente, ou pelo investigador. Neste sentido e na perspectiva de Foddy:

“A mais básica implicação da teoria do interaccionismo simbólico para as situações de investigação traduz-se na hipótese de que o significado atribuído pelos sujeitos aos actos sociais é produzido no interior da própria relação em que esses actos ocorrem. Segundo a perspectiva do interaccionismo simbólico os inquiridos estão constantemente a tentar construir uma definição mutuamente partilhada com o investigador.” (1996, p.23).

No limite, as respostas do entrevistado são o reflexo daquilo que eles julgam que o investigador quer saber ou do que quer fazer com essa informação. Se a questão for pouco clara para o questionado, este vai procurar pistas contextuais que lhe permitam decodificar a pergunta, moldando-a sucessivamente até que lhe faça algum sentido. Aspectos como perguntas anteriores, o próprio vocabulário, ou outros decorrentes da definição geral da situação de entrevista, constituem tipos de indicações utilizáveis pelo inquirido na interpretação de perguntas utilizadas pelos inquiridos (Foddy, 1996).

Segundo a bibliografia, uma das vantagens da entrevista semi-estruturada consiste no facto de permitir algum grau de comparabilidade entre os vários entrevistados (Bogdan e Biklen, 1994; Yin, 2001). No entanto esta noção é colocada em causa pela teoria do interaccionismo simbólico já que, neste contexto, cada entrevistado, porque possuidor de um quadro de referências próprias e interagindo num momento irrepetível com o entrevistador, interpretará cada questão de uma forma única. Isto concorre para que se verifique aquilo que Foddy constata: “As perguntas abertas produzem frequentemente uma enorme diversidade de respostas, o que sugere que foram objecto de diferentes interpretações...” (1996, p.19).

No presente estudo, foi obtida a necessária autorização institucional, com vista ao acesso ao campo de estudo, através de um pedido formal, com a explicitação da natureza do trabalho, seus objectivos e metodologia, assegurando sempre a manutenção do anonimato da instituição, dos doentes entrevistados, e da confidencialidade dos dados. Posteriormente foi realizada uma conversa informal com o mesmo objectivo com os enfermeiros-chefes e com o director do serviço, que mostraram total disponibilidade para colaborar.

O momento escolhido para realizar a entrevista situou-se no dia da alta hospitalar, ou no dia anterior a esta, promovendo uma apreciação, em jeito de balanço, feita pelos sujeitos sobre a experiência que constituiu o seu internamento. A não opção pela realização de entrevistas num período após a alta, esteve relacionada com o facto de a distanciação no tempo em relação ao internamento fazer entrar em jogo aspectos que se prendem com as limitações da memória humana. Sendo a memória um processo essencialmente reconstrutivo, os indivíduos poderiam tender a esquecer determinados aspectos centrais e a valorizar outros de carácter periférico. Para além deste facto, também o afastamento físico do local de internamento poderia provocar um certo alheamento face ao próprio internamento e ao modo como este tinha sido percebido. Entrevistaram-se doentes cujo internamento tinha sido de pelo menos uma semana, por forma a aumentar o número e diversificar o tipo de experiências que possam ter vivenciado.

A primeira foi realizada com o intuito de servir de teste à validade do guião, pelo que não se programava o seu uso posterior para tratamento de dados e análise da informação. No entanto, dada a qualidade e quantidade de informação obtida na mesma, para além da certificação do guião enquanto instrumento válido, decidiu-se pela sua inclusão no lote das entrevistas utilizadas para análise.

As entrevistas foram realizadas no serviço de internamento, numa sala apropriada para o efeito, isolada de ruído e de outras pessoas, por forma a facilitar ao entrevistado a expressão de opiniões ou sentimentos vivenciados durante a hospitalização. Em torno da entrevista tentou-se promover um clima de informalidade, em que o entrevistador embora sendo enfermeiro, se apresentou apenas como investigador e sem bata por forma a não ser conotado com nenhum grupo profissional em exercício no hospital e não condicionar eventualmente deste modo, por efeito de algum grau de constrangimento, os entrevistados. Foi explicitado que este era um trabalho de natureza académica, cujo objectivo estaria relacionado com a vivência de internamento que os doentes experienciam. A necessidade do uso do gravador foi explicitada aos utentes, bem como o pedido de autorização para o registo da conversa, ao que sem excepção todos acederam, sem ser observada qualquer tipo de renitência ou desconforto, pelo seu uso. O guião foi utilizado como recurso para relançar o diálogo e ir introduzindo temas ainda não abordados, tendo o seu uso sido progressivamente abandonado ao longo do período de entrevistas, dada a memorização realizada em relação aos tópicos programados feita pelo entrevistador.

Os sujeitos escolhidos para a realização de entrevista, revelaram-se bastante disponíveis e colaborantes, ao se lhes proporcionar uma oportunidade de descreverem e avaliarem a sua experiência de internamento hospitalar. Durante a entrevista procurou-se também valorizar aspectos da comunicação não-verbal como gestos ou expressões faciais, através da sua memorização por parte do entrevistador, como forma de enriquecer o registo do discurso dos indivíduos. Do ponto de vista da conversação, foi privilegiada por parte do entrevistador, uma postura de escuta activa estabelecendo uma relação de empatia e de confiança, procurando não interromper a linha de pensamento do entrevistado, e pedindo muitas vezes exemplos ilustrativos ou clarificações do que referiam.

Em termos de obstáculos sentidos, aquele que mais influenciou, de um modo percebido, o processo de recolha de dados através da entrevista, relacionou-se com a pouca experiência do investigador, neste tipo de técnica e que, nas primeiras entrevistas se reflectiu em algum grau de dificuldade em conduzir a entrevista dentro dos moldes programados, encontrando um equilíbrio entre as questões suficientemente amplas e o condicionamento evidente das repostas. A acrescer a este facto, os doentes entrevistados ao falarem do seu percurso no hospital, recorreram por vezes a descrições exaustivas dos seu próprio percurso na doença. Este facto revelou-se no entanto de extrema

utilidade, pois que, embora não sendo intencional por parte do entrevistador, permitiu na posterior análise de dados, melhor perceber a interpretação que os indivíduos fazem do seu internamento.

Outra dificuldade sentida, teve a ver com a experiência profissional que o entrevistador tinha, enquanto enfermeiro, no campo em estudo, já que tal experiência lhe incutiu representações dos aspectos abordados ao longo das entrevistas que ocasionalmente, o faziam ter pontos de vista divergentes dos entrevistados, ou mesmo contrários. Esta divergência condicionou no entrevistador, também pontualmente, um sentido de necessidade de discutir com os entrevistados aspectos marginais ao âmbito da investigação, e enquanto tal, cuja realização não era pertinente.

2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS – A ANÁLISE DE CONTEÚDO.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, próximo daquilo que Berelson referido por Vala, defende como: “...a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.” (1986, p.103). Consiste na leitura, separação e posterior reorganização das várias partes que constituem um discurso, de modo a, numa lógica heurística, produzir um novo discurso sobre o material empírico, baseado na atribuição de significados, que procure responder às questões orientadoras da investigação.

Os dados produzidos a partir das entrevistas semi-estruturadas e recolhidos em registo audio foram transcritos e procedeu-se a uma leitura em profundidade dos mesmos, com vista à elaboração de uma grelha de codificação. Esta tem como objectivo orientar o modelo de análise de conteúdo, já que contém, em si, um conjunto de categorias e subcategorias que proporcionam a organização e sistematização dos dados.

A definição do sistema de categorias podendo, do ponto de vista teórico da análise de conteúdo, ser efectuada num momento anterior à análise e exclusivamente a partir do quadro teórico estabelecido para o estudo, foi neste caso realizada *a posteriori*, dado não haver da parte do investigador uma imagem muito clara dos dados que surgiriam no decorrer das entrevistas. Assim sendo, a grelha de codificação obtida

emerge em função do cruzamento do enquadramento teórico efectuado com o discurso dos sujeitos.

Simultaneamente à leitura das entrevistas foram-se equacionando categorias de codificação com base em padrões de regularidade e conteúdos importantes (Bogdan e Biklen, 1994). Esta fase caracteriza-se como sendo um processo de tentativa e erro, tendo sido estabelecidas grelhas intermédias que se revelaram insuficientes relativamente ao objectivo do estudo. A título exemplificativo apresenta-se o ponto da partida e o ponto de chegada na elaboração de grelhas de categorização do conteúdo manifesto das entrevistas.

Tema	Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria
1. Natureza dos conteúdos adquiridos pelos doentes	1.1 Percurso individual	1.1.1 No sistema de saúde	
		1.1.2 No hospital	
		1.1.3 Na doença	
	1.2 Conhecimentos técnicos - Doença		
	1.3 Dinâmica de funcionamento	1.3.1 Do hospital	
		1.3.2 Do serviço de internamento	1.3.2.1 Técnicos (desempenho de funções)
			1.3.2.2 Outros doentes
			1.3.2.3 Avaliação sobre o serviço
2. Fontes de saber	2.1 Indivíduos		
	2.2 Experiência / ambiente		
3. Construção de saberes	3.1 Observação		
	3.2 Repetição		
	3.3 Inconsciente		
4. Relação do doente com o saber			

Quadro 2: Grelha inicial de codificação do conteúdo das entrevistas.

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
1. CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DE DOENTE	1.1 Percurso pessoal	1.1.1 No Sistema de saúde
		1.1.2 No Hospital
		1.1.3 Na doença
		1.1.4 Sentimentos vivenciados no internamento
	1.2 Relações pessoais	1.2.1 Relações interpessoais com os técnicos
		1.2.2 Relações interpessoais com os outros doentes
		1.2.3 Relações interpessoais com a família / significativos
	1.3 Relação com a doença	1.3.1 Alterações na auto-imagem
		1.3.2 Representação da doença
		1.3.3 Representação sobre o tratamento
		1.3.4 Expectativas face ao futuro
	1.4 DESEMPENHO DE DOENTE	1.4.1 Representações sobre o papel do doente
		1.4.2 Estratégias de resolução de problemas enquanto doente
		1.4.3 Actividades realizadas no internamento
2. REPRESENTA- ÇÕES ACERCA DA INSTITUIÇÃO	2.1 Funcionamento da instituição	2.1.1 Expectativas iniciais
		2.1.2 Representações sobre a estrutura física
		2.1.3 Representações sobre as normas / regras de funciona/
		2.1.4. Representações sobre as actividades / rotinas do serviço
		2.1.5 Satisfação face ao funcionamento
	2.2 Os actores	2.2.1 Representações sobre o papel do enfermeiro
		2.2.2 Representações sobre o papel do médico
		2.2.3 Representações sobre o papel do auxiliar
		2.2.4 Representações sobre os outros doentes

Quadro 3: Grelha final de codificação do conteúdo das entrevistas.

Seguidamente, procedeu-se à segmentação do texto em unidades de registo, tal como Bardin (1991) defende, constituindo estas, uma ideia que se manifesta por um proposição portadora de significado isolável. As unidades de registo foram então distribuídas pelas várias categorias e subcategorias elaboradas e sistematizadas na grelha de codificação.

Ao longo da investigação, a análise de conteúdo realizou-se num espaço de tempo próximo à recolha de dados, com o intuito de não se perderem aspectos particulares que pudessem enriquecer os próprios dados e, se tal revelasse necessário, reformular e enriquecer as direcções de pesquisa, em função dos resultados da análise efectuada.

Na apresentação dos dados recorre-se ao uso de alguma pontuação suplementar cujo significado se clarifica:

... - pausa no discurso.

(...) - excerto do discurso sem relevância para a análise

[] - frase ou palavra que clarifica o significado do testemunho

3 – O CAMPO DE ESTUDO

A definição e construção do campo de estudo desta investigação, subentende uma estratégia que exigia ao longo do trabalho uma pesquisa de terreno e o contacto com o contexto em estudo, bem como os seus actores. Neste sentido foi solicitada autorização formal para a realização da investigação aos responsáveis pela administração da instituição em causa, que foi concedida.

O estudo realizou-se num serviço de Medicina Interna de um hospital da região de Lisboa. O serviço compreende dois sectores distintos, um com lotação de 24 camas para mulheres e outro de igual lotação para homens.

Os internamentos sucedem-se ao longo das 24 horas diárias, havendo uma grande rotatividade de doentes admitidos e de doentes que têm alta hospitalar. Como referência, em termos quantitativos, foram admitidos neste serviço, cerca de 1300 doentes de ambos os sexos no ano de 2002, sendo a demora média de internamento cerca de onze dias. ⁽¹⁾

As equipas médicas, a dietista, os fisioterapeutas e os assistentes sociais são comuns a ambos os sectores, enquanto as equipas de enfermagem e de auxiliares são distintas.

As razões da escolha de um serviço desta natureza prendem-se com o facto de um serviço de Medicina ter habitualmente uma grande variedade de situações, em termos de patologias, que se reflecte numa população internada com características também muito variadas, quer em termos de idades, classe social de origem, formação académica ou origem geográfica. Também em termos de evolução da doença se encontram sujeitos com doenças diagnosticadas no próprio internamento, (ou por diagnosticar ainda), ou se podem encontrar doentes com uma evolução a tender para a cronicidade, (ou já crónicas) o que reflecte seguramente um processo de adaptação e aprendizagens subjacentes bastante diferentes. As patologias mais comuns relacionam-se com os sistemas respiratório e cardiovascular, havendo uma grande prevalência de: Doenças Pulmonares Crónicas Obstrutivas, (Asma, Bronquite crónica); doenças infecto-contagiosas (com especial incidência de infecção por HIV e SIDA); doenças cerebrovas-

⁽¹⁾ Fonte: Documentação interna fornecida pelo serviço de internamento.

culares; doenças do foro neoplásico (de onde se destacam os tumores do pulmão). Pontualmente registam-se também internamentos de indivíduos com doenças psiquiátricas, doenças hematológicas ou porque têm situações associadas que exigem o seu internamento neste serviço, ou porque simplesmente não têm vaga no serviço da sua suposta especialidade e como estratégia de descongestionamento deste, são aqui instalados. Existem ainda situações classificadas de “casos sociais” associadas a doentes cujo estado de saúde não justifica a manutenção do internamento mas que, não existindo recursos comunitários para os encaminhar para o domicílio ou numa instituição de apoio, continuam no hospital.

Seria certamente interessante fazer um estudo de caso múltiplo que incluísse para além deste serviço, um outro, por exemplo, um serviço de cirurgia onde as características dos indivíduos internados e a própria dinâmica do serviço é bastante diferente. Em cirurgia os internamentos têm, regra geral, uma duração mais curta e o índice de dependência dos doentes face aos técnicos é bastante menor, para além de que há uma taxa de incidência de doenças crónicas muito menor. No entanto, entendendo o saber como contextualizado e dadas as contingências temporais decorrentes da natureza da investigação, um estudo dessa natureza dispersaria a nossa capacidade de análise pela falta de conhecimento desse contexto, resultando num trabalho que abordaria aspectos superficiais.

Fisicamente o serviço em estudo tem características ligeiramente diferentes entre a secção de homens e a de mulheres. O sector de homens caracteriza-se essencialmente por um corredor rectilíneo, a partir do qual se acede directamente a todos os espaços, quer sejam quartos dos doentes, quer sejam estruturas de apoio como gabinetes, salas de trabalho, salas de tratamento, casas de banho, refeitório, arrumações, ou copa. O sector de mulheres tem a particularidade de ser constituído por três corredores que dão também acesso aos vários espaços, mas que poderá propiciar, comparativamente com o espaço dos homens, uma maior dispersão da actividade e uma menor interacção ao longo do dia entre os vários actores em jogo.

Os vários espaços que constituem as estruturas de apoio ao internamento reflectem diferentes lógicas de organização. Locais como o refeitório, a copa ou as arrumações, situam-se tendencialmente em zonas periféricas do serviço. Espaços como as salas de trabalho dos enfermeiros localizam-se em locais centrais do serviço, de onde há uma maior visibilidade para o corredor, (uma parede é, inclusivamente, de vidro) e de onde se acede mais rapidamente a qualquer ponto do serviço. O equipamento destas

salas remete para uma actividade essencialmente prática e mecânica, com dispositivos para *fazer*. As salas destinadas essencialmente ao uso dos médicos estão colocadas também nos topos do corredor e o seu equipamento reflecte uma actividade de natureza mais cognitiva. Processos de doentes e livros para consulta remetem o observador para a conotação do médico com um desempenho no domínio do *pensar*. Esta dicotomia entre fazer e pensar é, numa lógica tayloriana identificável com uma separação entre quem concebe e que executa.

Também na organização do trabalho se reflectem lógicas subjacentes às teorias clássicas da organização, o trabalho diário segue um modo de fazer tendencialmente rotinizado, em que cada elemento da equipa tem, à partida, uma série de procedimentos estandardizados para fazer. A título de exemplo e resumidamente, no caso dos enfermeiros, uma manhã de trabalho inclui quase “obrigatoriamente” e por ordem cronológica, a passagem do serviço, entre os colegas que trabalharam durante a noite e os que chegam às 8 horas, a realização dos cuidados de higiene, conforto e mobilização dos doentes, a reposição de material nos stocks, a administração de terapêutica, apoio a outros tipos de procedimentos clínicos, a supervisão do almoço dos doentes e a elaboração dos registos de enfermagem, para nova passagem de turno às 16 horas.

Os doentes permanecem ao longo do dia restritos à sua unidade ou deambulando pelo serviço entre a casa de banho e o refeitório, alvo de solicitações ou de intervenções por parte dos técnicos.

O acesso ao serviço é de alguma forma controlado por uma série de barreiras físicas, que mais do que impedir fisicamente a entrada no serviço, dissuadem as tentativas de o fazer por parte de elementos exteriores ao seu funcionamento. Como afirma Carapinheiro, na sua investigação sobre “Saberes e Poderes no Hospital” e relativamente a um dos serviços que estudou:

“Desde a primeira porta que dá acesso ao território do hospital até à porta que dá entrada no serviço, sucedem-se as fronteiras que separam espaços cada vez menos «públicos» em direcção aos espaços de maior «privacidade hospitalar», verdadeiras antecâmaras do «coração» das actividades hospitalares, as enfermarias.” (1998, p.101).

4 – OS SUJEITOS

Na selecção da amostra de sujeitos para o estudo, foi adoptado um critério de tipicidade, em que se procurou entrevistar indivíduos que aceitassem participar no estudo e cujas situações sejam de alguma forma representativas, mas distintas entre si.

Dadas as características de um serviço típico de Medicina Interna, em que os indivíduos internados, evidenciam frequentemente doenças do foro neurológico ou de outros tipos de perturbação metabólica, que influenciam o estado de consciência, optou-se por excluir à partida doentes com estes tipos de patologia. Dos restantes possíveis casos, procurou-se fazer uma escolha na linha do que Patton (1990), descreve como “*information-rich cases*” - (casos com informação rica). Nesta lógica, a escolha dos sujeitos serviu o propósito de detectar indivíduos, cuja experiência pudesse lançar alguma luz sobre diferentes modos de experienciar o internamento hospitalar, no contexto em causa, e que resultasse, dentro do possível, das várias possibilidades resultantes do cruzamento de algumas variáveis:

Género, tentando obter para a investigação um número semelhante de homens e mulheres. A pertinência deste item prende-se com o facto de, especialmente em faixas etárias mais velhas, homens e mulheres terem distintos percursos de vida em termos de papéis sociais, o que eventualmente condiciona diferentes desempenhos do “papel de doente”.

Número de internamentos anteriores, por forma a poder perspectivar de que forma a ausência de internamentos prévios ou o acumular de várias situações destas se reflecte no conhecimento do serviço, das suas dinâmicas e da interiorização do papel de doente.

Natureza da doença, em termos de tempo de evolução da doença. A doença crónica desenvolve nos indivíduos, a prazo, competências acrescidas em vários domínios, como a mobilidade dentro do sistema de saúde ou a capacidade de reconhecimento de sintomas. Este critério está de forma íntima relacionado com o anterior, já que doentes crónicos são objecto de internamentos frequentes.

Duração do internamento. Entrevistaram-se sujeitos cuja duração do internamento tinha oscilado entre uma semana e três meses, por forma a captar diferentes perspectivas, resultantes desta variação.

Programaram-se e realizaram-se 12 entrevistas a doentes internados. A decisão de efectuar este número de entrevistas não se centrou em torno de critérios rígidos, não assumindo portanto um carácter de absolutidade, e foi escolhido em ordem à quantidade de trabalho que a análise de conteúdo comporta, mas ajustado também em função da ocorrência da saturação dos dados. A repetição dos dados que se processou ao longo da colheita confirmou a pertinência deste número.

Em detrimento da intenção inicial de entrevistar um número igual de homens e mulheres optámos por incluir no estudo 5 mulheres e 7 homens, já que a população feminina internada no período das entrevistas se revelou sempre bastante homogénea, com uma elevada incidência de doentes em faixas etárias superiores aos 65 anos, ou de doentes cuja patologia era passível de perturbar as suas capacidades cognitivas. Simultaneamente surgiu a hipótese de incluir no estudo um indivíduo invisual, cujo percurso no hospital se afigurou como de grande interesse para o estudo, na linha do que Patton (1990) defende como uma estratégia “oportunistica de amostragem”.

5 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Na perspectiva da metodologia escolhida, este estudo tem limitações relacionadas com o facto de os seus resultados não serem passíveis de generalizações quanto ao modo como os indivíduos apreendem o seu papel de doente noutros contextos, uma vez que as conclusões que dele emergem se reportam a uma situação delimitada e particular.

Relativamente aos doentes entrevistados, o facto de lhes ser solicitado que se pronunciem sobre o que sabem sobre a sua doença pode ser inibitório, dado que falar sobre a doença que é vivida na primeira pessoa pode ser desconfortável. Reacções como preservação da privacidade relativamente a um diagnóstico, ou de defesa, ignorando determinados aspectos da patologia podem enviesar algumas das perspectivas adoptadas no estudo.

Por outro lado, o facto de ser pedido, ainda no hospital, aos sujeitos entrevistados que emitam opiniões ou pareceres avaliativos sobre o modo como foram tratados e como se sentiram face a esse tratamento, pode dar lugar a algum constrangimento decorrente do receio de possíveis fugas de informação que determinem possíveis represálias da parte da equipa de saúde.

Por fim este estudo privilegiou, nos seus eixos de análise, a perspectiva da relação dos doentes com alguns dos técnicos de saúde, deixando na obscuridade outras equipas profissionais como os terapeutas, dietistas ou funcionários encarregues da limpeza dos serviços e que diariamente interagem com os indivíduos internados, desempenhando seguramente um papel activo, que fica por desvendar, nas dinâmicas de internamento, e por consequência nos comportamentos adoptados pelos doentes entrevistados.

PARTE III – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1. – BREVE SÍNTESE INDIVIDUAL DAS ENTREVISTAS

Na síntese individual elaborada com base nos testemunhos dos doentes hospitalizados, pretende-se fazer emergir perspectivas individuais globais do internamento, bem como fornecer elementos para uma contextualização das referências utilizadas no próximo capítulo. Foi atribuído um nome fictício aos doentes entrevistados com vista à manutenção do seu anonimato.

FRANCISCO. Tem 81 anos. Trabalhou durante toda a sua vida na construção civil como ladrilhador. Reformou-se pela Segurança social, fazendo desde então aquilo a que chama “trabalhinhos leves”, até há dois meses. Vive com a esposa e tem dois filhos com quem mantém uma relação próxima. Está internado há cerca de dez dias, e neste momento tem uma insuficiência cardíaca que lhe condiciona algum cansaço ao fazer esforços. Teve um internamento anterior, por enfarte cardíaco, noutra Hospital.

Ao longo da entrevista centra-se no seu percurso no sistema de saúde, repetindo elogios que vai atribuindo a todos os técnicos de saúde com quem teve contacto. Mostra um grande respeito e consideração por todos, denotando uma grande preocupação em cumprir aquilo que descreve como conselhos médicos. Aparenta perceber em linhas gerais o seu diagnóstico, bem com o que o futuro lhe pode trazer em termos de saúde.

Não demonstra uma atitude activa na procura do saber, recorrendo à observação do meio que o rodeia como via principal de aprendizagem sobre o modo como o serviço de internamento funciona.

MARIA. Tem 80 anos. É dona de casa, viúva. Vive com a filha, o genro e três netos. A família visita-a diariamente. Tem um internamento anterior noutra hospital.

Está internada há cerca de um mês por um problema renal que, actualmente, provoca episódios pontuais de dores lombares, sem outra sintomatologia. Tem algumas limitações em termos de mobilidade que não decorrem primariamente do seu estado de doença, mas que são agravados por esta, pelo que se vê restringida ao quarto onde está internada, alternando entre a cama e o sofá.

Não sabe o nome que a doença tem, embora em relação à qual descreva vários sintomas. No que diz respeito ao tratamento, enumera alguns exames que fez, mas de uma forma pouco sistematizada.

ANTÓNIO. Tem 54 anos, trabalhou no sector bancário, actualmente é taxista. É divorciado, tem dois filhos adolescentes e vive sozinho. Tem vários internamentos anteriores nos últimos anos, em vários hospitais. Tem um tumor pulmonar em fase avançada de desenvolvimento, com complicações ao nível de outros órgãos. Está internado há 3 meses. Do ponto de vista clínico poderia ter alta do hospital, embora se mantenha internado por falta de força nas pernas, não conseguir ser autónomo na marcha e viver sozinho.

Faz uma avaliação bastante crítica em relação ao funcionamento do serviço, bem como à atenção de que é alvo por parte dos técnicos de saúde. Atribui esta falta de atenção ao facto de estar internado há três meses e o seu estado se manter estacionário. Tem uma noção bastante definida da sua doença e do tratamento. Em relação a alguns medicamentos adquiriu mesmo saberes bastante específicos, que por vezes o fazem discordar da forma como estes são administrados. A longa permanência no serviço permitiu-lhe conhecer a dinâmica do serviço com algum detalhe.

BEATRIZ. Tem 77 anos e é dona de casa. Teve, até há alguns anos, um pequeno estabelecimento comercial na área da restauração. Vive com o marido e tem duas filhas que vê frequentemente, e a vêm visitar ao hospital. As suas maiores preocupações prendem-se com o marido que ficou sozinho em casa e também é doente, e com uma cirurgia que está programada e da qual receia vir a ter complicações posteriores.

Não teve qualquer internamento anterior. Está internada há 13 dias por um Acidente Vascular Cerebral Isquémico (vulgarmente conhecido por trombose), que inicialmente teve repercussões ao nível da mobilidade causando algum desequilíbrio e diminuição da sensibilidade nos membros esquerdos, mas que actualmente está em fase de regressão, aparentando não resultarem sequelas.

Sabe descrever em linhas gerais o seu problema de saúde embora se questione quanto às causas do mesmo, relativamente ao tratamento sabe descrever os medicamentos que toma sabendo, em relação a alguns, qual o seu objectivo. Faz uma avaliação bastante positiva do internamento.

TERESA. Tem 40 anos é funcionária de uma companhia aérea. Vive com um filho adolescente. Tem um tumor pulmonar em estadio avançado, que neste momento lhe condiciona bastante cansaço após realizar esforços. Está internada há cerca de um mês e já teve vários internamentos anteriores no mesmo serviço onde está.

O internamento afasta-a do filho que fica sem apoio em casa, o que constitui fonte de alguma ansiedade, tendo que recorrer a pessoas próximas para auxiliarem na assistência ao filho. Como estratégia de defesa face ao desconforto que o seu prognóstico lhe provoca tenta alhear-se da sua doença, embora tal se revele muito difícil num internamento que pela ausência de estímulos e restrição da mobilidade a faz sentir numa prisão. No entanto descreve em linhas gerais o que se passa com o seu problema de saúde, fruto de uma vivência de muitos meses quer com a doença quer com os técnicos de saúde, tendo detectado mesmo alguns equívocos na sua terapêutica. Faz uma apreciação muito positiva das relações humanas que os técnicos desenvolvem com os doentes.

PAULO. Tem 30 anos. É professor, vive sozinho. Tem uma doença infecto-contagiosa diagnosticada há cerca de três anos. Está internado há cerca de duas semanas. Tem três internamentos anteriores, a par de frequentes tratamentos realizados em ambulatório neste serviço. Actualmente tem dificuldade na marcha por falta de força nos membros inferiores e dores na região lombar.

Tem uma imagem bastante precisa, quer da sua doença e do seu prognóstico, quer em linhas gerais do seu tratamento, embora não saiba muito bem que medicamentos toma no hospital, dado que, nas suas palavras, confia inteiramente nos técnicos de saúde. Procura de uma forma activa, especialmente fora do hospital, informação relativa à sua patologia.

O hospital é representado fisicamente como uma estrutura labiríntica e tétrica, embora relativamente às suas expectativas iniciais (anteriores ao primeiro internamento), tenha modificado bastante a sua imagem, especialmente pela qualidade das relações humanas que estabeleceu com a maior parte dos técnicos de saúde. O conhecimento da dinâmica de funcionamento do serviço, baseado na repetição das experiências de internamento e de tratamentos permite-lhe ter uma perspectiva crítica em relação a alguns procedimentos.

Tem vivido o processo de doença, como um caminho de desenvolvimento pessoal, dado que no seu entender, a reflexão sobre a sua doença o levou reequacionar aspectos centrais da forma como vê e como se relaciona o mundo.

JOÃO. Tem 40 anos. Vive num Centro de acolhimento nocturno, para pessoas sem abrigo. Tem família com a qual existe um relacionamento irregular. É

desempregado e ex-toxicodependente. Teve várias ocupações profissionais de natureza diversa.

Está internado há cerca de dez dias, por apresentar feridas extensas e infectadas em ambas as pernas, que o impedem de andar. Mobiliza-se em cadeira de rodas. Teve um internamento anterior há cerca de quinze anos.

Faz uma apreciação extremamente positiva do internamento valorizando dimensões que a maioria dos outros doentes entrevistados não relevam, ou até consideram ser insatisfatórias, como por exemplo serviços de hotelaria do hospital.

Relativamente ao seu estado de saúde, aparenta compreender o que se passa consigo, tendo mesmo desenvolvido, ao longo de fases anteriores do tratamento, competências que lhe permitiam realizar os pensos às feridas que apresenta. No hospital assume uma postura de passividade relativamente à procura da informação.

GABRIEL. Tem 64 anos, é agricultor, vive no interior do país, a cerca de 150 Km do Hospital, com a esposa, tem um filho que vive próximo da sua casa e com o qual mantém uma relação regular e frequente.

Internado há cerca de uma semana, por uma patologia do foro patológico. Tinha, no início do internamento, falta de força muito marcada e episódios frequentes de febre, mas actualmente é totalmente independente. Tem um internamento anterior num serviço próximo daquele em que se encontra. Os conhecimentos que revela acerca da sua patologia parecem ser bastante vagos e pouco estruturados, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento, do qual apenas refere que sabe ser quimioterapia.

No que respeita à sua representação do papel de doente, este deve ser, dentro ou fora do hospital, de observância rigorosa das indicações que os técnicos de saúde lhe dão, numa lógica de respeito por quem o ajuda, enquanto doente.

ÂNGELA. Tem 64 anos. É dona de casa, vive com o marido. Tem dois filhos que vivem próximo do seu domicílio.

Está internada há dez dias, por uma patologia abdominal, que nesta fase da hospitalização não lhe condiciona desconforto muito marcado, nem provoca limitações da mobilidade.

Tem uma história já longa e complexa de frequência de instituições de saúde, em virtude de ter tido patologias de várias naturezas. A repetição desta experiência proporcionou-lhe competências linguísticas de tal ordem, que descreve com grande

segurança, utilizando termos técnicos, vários tipos de tratamentos e exames a que esteve sujeita. Da situação actual arrisca com algum grau de certeza o respectivo diagnóstico. Relativamente a este internamento assume que não encontrou nada de novo, embora tenha sido a primeira vez que esteve neste serviço, conhecendo também já bastante bem as dinâmicas do serviço.

LAURA. Tem 71 anos. É dona de casa, vive com o marido. O núcleo familiar estende-se a um filho, nora, um neto e a mãe da nora, que vivem próximo e com quem mantém contacto frequente.

Nunca tinha estado internada, tendo já entrado muitas vezes em hospitais pois praticava assistência voluntária. Está internada há cerca de uma semana, e define a causa do internamento como tendo sido uma pneumonia, embora ainda não esteja totalmente esclarecido o diagnóstico. Revela alguma dificuldade em abandonar ainda que de forma temporária o papel de gestora do lar, pois a sua principal preocupação, a par do tratamento, parece ser a assistência ao marido que não é autónomo e vive transitoriamente em casa do filho.

ALBERTO. Tem 81 anos, é bombeiro, aposentado. Exerce actualmente funções administrativas numa associação desportiva. Este é o seu terceiro internamento.

Está internado há cerca de uma semana, por uma doença do foro respiratório, que sabe descrever, e já está devidamente compensada no momento da entrevista. Compreende aparentemente, em linhas gerais, quer as causas da perturbação, quer o seu tratamento.

Revela, pela sua experiência de vida enquanto profissional dos bombeiros, um conhecimento razoável e histórico do ambiente hospitalar. Revela satisfação generalizada face à prestação de cuidados de saúde, mas também bastante crítico em relação a aspectos pontuais da dinâmica do serviço.

JOSÉ. Tem 80 anos, vive sozinho, está aposentado e teve ao longo da sua vida várias ocupações profissionais. É invisual há 20 anos, atribuindo a responsabilidade da sua cegueira a um erro médico alegadamente cometido no mesmo hospital onde se encontra internado, mas em serviço diferente.

É quase independente no domicílio, apenas recebendo a alimentação que é fornecida diariamente por uma instituição de apoio social, ou tendo apoio pontual de uma pessoa amiga.

A sua patologia aparenta ser do foro renal, provocando perturbações do estado de consciência, não percebendo ao certo porque está internado, uma vez que esperava regressar a casa após assistência no serviço de urgência. Desconhece também a terapêutica que está a fazer embora fosse auto-suficiente na administração da mesma em casa.

No hospital vê-se, em termos de mobilidade, limitado ao leito, dado que perdeu todas as referências físicas que lhe permitiam deambular em casa.

2. - APRENDER A SER DOENTE

2.1. CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DE DOENTE

2.1.1 – Percurso pessoal

Os sujeitos entrevistados entendem a situação de internamento em hospital como sendo o fim de um percurso, em alguns casos já longo, de sucessivos contactos com pontos distintos do sistema de saúde.

Nos casos em que a doença assume contornos de cronicidade, os percursos caracterizam-se pela diversidade e por algum grau de atribulação, desenhando, em alguns momentos, trajectos complexos que, para um observador externo à acção aparentemente se vão estabelecendo de uma forma casual e anárquica, mas que denunciam por parte dos doentes um saber operacional específico, relativamente ao funcionamento do sistema de saúde, tal como demonstra um estudo de Carapinheiro:

“...as trajectórias desenhadas, parecendo erráticas, caóticas, desorganizadas e disfuncionais, estão plenas de invenção social, pois nelas são forjadas novas e inovadoras formas de articulação, adaptadas à melhor e mais rápida resolução dos problemas de saúde dos indivíduos...” (2001, p.346).

O grau de eficácia dos cuidados de saúde é perspectivada como derivando directamente, da instância dentro do sistema a que o doente recorre. Deste modo, é atribuído ao centro de saúde um papel de eficácia pouco credível, por oposição ao hospital, ao qual é atribuído o poder de verdadeiramente descobrir a natureza do problema de saúde. Este facto advém da crença que é no hospital que estão sediadas as condições necessárias ao diagnóstico eficiente já que é nele que se encontra a tecnologia necessária, e para além de aí existir, ela existe numa grande concentração, o que permite um diagnóstico mais rápido.

O processo de diagnóstico no centro de saúde é percebido como sendo realizado num processo de tentativa-e-erro, prolongando eventualmente o desconforto inerente à doença, bem como a manutenção da ansiedade relativa ao desconhecimento do que se passa.

“Lá na província, na charneca, (...) fui várias vezes ao médico. Não fui internado, o médico perguntava: «Então pá! O que é que tens?» «Ó pá! Dói-me isto assim e assado». Então a gente leva um tratamento, só que muitas das vezes não é adequado para o mal que a pessoa tem, né? Outras vezes mandam fazer análises, outras vezes não mandam. Cá para mim, eu tive que estar internado (...) e achei bem àquilo, porque é o seguinte: Um tipo vai fazer uma análise, vai fazer uma radiografia, vai fazer... essas coisas todas e lá se vai sabendo donde é que o mal vem. Vem dali ou dalém... percebe-se se dói ou não... Aqui [no hospital] faz-se tudo de uma vez. Eu por mim acho que é isso.

[É diferente então da consulta lá de fora?]

Sim, a consulta que nós temos, chamamos lá o médico, lá à consulta. Eu por mim é diferente porque o médico receita-me qualquer coisa, e umas vezes resulta, outras não resulta. Por mim acho que aqui é mais certo, que andar fazendo as análises lá fora. Aqui o médico vai direito ao assunto. Tá a ver? Quer a classe médica, quer a classe dos enfermeiros, vão direitos ao assunto. Depois vem o tratamento adequado para o mal que a pessoa tem.”

De entre as várias instâncias do sistema de saúde é também no hospital que é mais fácil obter um médico, por que no hospital existem médicos de dia e de noite, e é suposto haver um, senão disponível para atender o doente, ou que visita diariamente, pelo menos numa grande proximidade física.

Embora em alguns casos a ida ao hospital se faça por recomendação de um médico, alguns doentes entrevistados optaram por recorrer directamente ao hospital. Este processo de tomada de decisão de recorrer a ajuda diferenciada desde o momento em que a doença como perturbação do equilíbrio do organismo é percebida, é influenciado por diferentes níveis de prioridades, que vão muito para além do grau de desconforto causado pelos sintomas.

Os saberes que o indivíduo possui fruto de experiências anteriores em matéria de cuidados de saúde e de processos de doença vividos na primeira pessoa ou presenciados em familiares ou pessoas significativas, podem ser importantes na decisão de recorrer ao hospital ou até de influenciar outros nessa decisão. Para além das experiências prévias outros tipos de prioridades podem estar em jogo. No caso de António a necessidade de apoiar um familiar foi determinante:

“Sentia-me bem! Não fumava...comecei a fumar outra vez, e agora andei desde o ano passado a deitar sangue. Fumava... bebia... e depois parava de fumar e de beber e isto parava [de deitar sangue] um bocadinho, mas de vez em quando... Entretanto a minha mãe adoeceu com uma coisa na cara e eu tive que a acompanhar porque ela precisava de apoio. Então eu disse: “Agora ela vai-se tratar e depois vou eu”. Foi operada em Janeiro e em Março vou ao Hospital.”

Nos trajectos estabelecidos dentro do sistema de saúde estabelecem-se por vezes, percursos que se configuram, do ponto de vista de quem os vive, numa experiência potencialmente desestruturante, pela aparente irregularidade e falta de transparência que os caracteriza. Estes percursos, por vezes determinados externamente, pelos técnicos de saúde, e em função de decisões que parecem nem sempre obedecer aos mesmos princípios ou objectivos, o doente vai sendo transportado de hospital em hospital, de médico em médico. A justificação pode passar por uma necessidade vaga de “ser seguido noutro local” ou “ficar com outro médico”.

O fio condutor desta viagem parece não existir. Existindo, apenas se entrevê, ou casualmente, ou por interpretação dos dados que são deixados ao seu alcance. Neste cenário resta ao doente a interiorização de um papel de passividade e deixar-se conduzir.

No caso de António este percurso parece ter mesmo alguns contornos de anarquia ou de improviso, destacando o próprio, o carácter inesperado com que, depois de um longo percurso, ainda se pode revestir uma transferência hospitalar:

“Depois tive no Hospital de M., não sei o que é que aconteceu, fiquei sem [força nas] as pernas. Depois vim para aqui e fui operado à coluna. Daqui fui para o Hospital do D.. Do D. passados 15 dias mandaram-me para casa. A médica de família disse-me que eu não tinha condições para estar em casa (e não tinha, estava muito dependente) mandou-me outra vez para as urgências. Mandaram-me para o Hospital de M. e de lá puseram-me no Hospital de P. No Hospital de P., estive lá 15 dias. Ouve lá um imbróglcio de conversações por causa da medicação da quimioterapia dos pulmões. Às 6 da tarde vem uma médica ter comigo: “O sr. já sabe que vai embora?”, “Não, não sei de nada!”. “Pois, vai para o Hospital C., só estamos à espera do transporte para si”. Pronto! Agora estou aqui há 3 meses! E esta é a minha sequência!”

A entrada na urgência, do ponto de vista do doente que a ela acorre, pode ser vista como o local de resolução do seu problema, mas após a passagem ao serviço de internamento, passa a ser perspectivada como uma antecâmara do verdadeiro tratamento.

O facto de recorrer repetidas vezes ao serviço de urgência, concorre em alguns indivíduos para a aquisição de saberes operativos relativamente ao aumento da eficácia no seu atendimento na urgência. Os tempos de espera relativos à elaboração do diagnóstico podem ser abreviados se o doente levar consigo a maior quantidade de informação possível relativamente ao seu caso. Esta informação pode-se encontrar por

vezes numa parafernália de exames, relatórios, análises e documentos de ordem diversa cujo teor nem sempre é acessível para o doente, mas que é alvo de investigação dos técnicos, que, tal como na organização das peças de um puzzle se ocuparão de traçar o percurso do doente através da organização de tais exames.

Os utentes frequentes dos serviços de urgência aprendem também rapidamente que existem diferentes graus de urgência no atendimento, e que estes decorrem das prioridades que a gravidade de cada situação particular determina. Este processo pode no entanto ser facilmente alterado em função do saber que cada um desenvolve acerca do modo como “queimar” etapas do percurso formalmente estabelecido dentro da urgência, ou do hospital. A ilustrar este aspecto Alberto refere:

“Eu fui chefe dos Bombeiros e duas vezes vim para o hospital na auto-maca dos bombeiros. Os bombeiros entraram lá dentro da urgência e disseram que eu sou tal, tal, tal [bombeiro] e imediatamente sou atendido. Desta vez estava na reunião do clube e deu-me isto nos pulmões. Meti-me no carro do colega e vim directamente para o hospital. Como vim sem os bombeiros, tinha que passar pela burocracia toda. (...) Logo da vez que vinha mesmo aflito é que precisei de ir tratar de papelada.”

Para este doente a ocupação profissional foi ainda argumento para usar noutro episódio no hospital, mas desta vez no serviço de consultas externas:

“Duma outra vez tinha tido um acidente de carro, e precisava de ser visto pelo médico na consulta do hospital, mas a enfermeira veio dizer que o doutor não vinha naquele dia, e eu tinha que ser visto... porque não me sentia bem. Aproveitei que estava fardado, com a farda dos bombeiros, entrei pelas consultas dentro e sentei-me ao pé do primeiro médico que vi: “Senhor doutor, veja-me lá isto aqui que eu não me sinto nada bem.” Ele viu-me e disse-me: “Vai já para a urgência para fazer lá um exame à cabeça”. Se não estivesse de farda se calhar, já tinha ido...”

A forma como estes saberes pragmáticos se constituem está relacionada com um processo de reflexão sobre a experiência do que foi vivido em outras ocasiões, mobilizando essa experiência (Barkatoolah (1989); Bonvalot (1991)).

O serviço de urgência é apreendido como uma espécie de ponto de triagem, no percurso de internamento, do ponto de vista de João, os doentes são tratados indiferenciadamente quanto ao seu estatuto social, já que como afirma: “...deviam dar

mais atenção ao pessoal da “segurança social”, que não tem tantas possibilidades como as outras pessoas”.

O caso de João, não sendo emergente e suscitando dúvidas nos técnicos quanto à pertinência do seu internamento, é incluído na categoria dos doentes conotados como “caso social”, cuja resolução da situação não passa pelo serviço de urgência. Para João esta situação contribui para a aquisição de uma identidade nova ainda que temporária, até à resolução da sua situação na urgência: “Deixei de ser um caso social e transferiram-me para aqui para este hospital.”

Não obstante o serviço de urgência ser associado a um contexto onde habitualmente a actividade não obedece a procedimentos muito rígidos, dada a imprevisibilidade dos casos que surge, para Laura a permanência nesta parte do hospital fê-la aperceber-se que também ali há uma dinâmica algo rotinada, mas, como defende de um modo crítico, evitável:

Nós vamos a uma hora e depois aquele médico vê-nos, prescreve, depois, esperamos ... passa o turno. (Temos que esperar que passe o turno e o outro turno... passa outra vez; torna a perguntar a mesma coisa, pronto... tem que ser assim... porque há um turno, e a pessoa ou vai transferida para outro hospital dentro daquele turno e não acaba, ou então torna-se a passar pelas mesmas coisas. Mas não fui mal tratada. E está-se lá à espera de vir para cá. Na realidade até podia ter sido vista pelo médico, e não precisava de lá passar tantas horas, podiam-me ter dito: “Às tantas horas, vai ter ao hospital C, e ao serviço tal para ser internada”

A notícia da necessidade de ficar internado no hospital, nem sempre prevista pelos doentes foi, na maioria dos entrevistados bem encarada, já que na sua ordem de valores, a saúde se sobrepõe facilmente a outras questões. No entanto, para alguns doentes, o facto de ficar no hospital torna-se problemático já que a permanência em internamento significa a ruptura com um mundo exterior em que a impossibilidade de desempenho dos habituais papéis sociais, pode por exemplo deixar no exterior do hospital familiares dependentes sem apoio. No caso de Laura é notável a dificuldade em abandonar os papéis que acumula de esposa, cuidadora e gestora do lar, passando a solução pela reestruturação da organização da família no exterior do hospital:

“Foi um problema! Por causa do meu marido porque ele não pode ficar sozinho, porque tem uma doença que é demência pré-senil e tem aqueles medos, não é? De maneira que tivemos que telefonar para ele ir para o filho, mas está lá bem (...) naquela altura a minha cabeça parecia que ia rebentar. Fiquei

assim um bocado aparvalhada e disse: "Ó senhora doutora, e não pode internar os dois?"

Noutros casos o esforço de manutenção da rotina familiar faz-se com o recurso a amigos que se constituem no exterior do hospital como uma extensão da actuação de quem fica internado. Para Teresa, o apoio de amigos torna-se fundamental na orientação do filho adolescente que ficou, sozinho, em casa. Este apoio é coordenado pela própria, a partir do hospital, que, via telefone, vai gerindo os recursos humanos de que dispõe no exterior e assim orientando o percurso diário do filho através dos favores que pede, pelo que afirma: "A sensação é que eu estou aqui, e estou em casa, porque tenho que desempenhar os dois papéis!"

A adaptação ao contexto do serviço de internamento requer por parte do indivíduo uma participação activa, no sentido de integrar normas e dinâmicas do contexto em que está inserido, e que em alguns casos, de entre os doentes entrevistados, se revela uma experiência inaugural.

Gabriel, sendo a primeira vez que esteve internado, descreve que a sua habituação ao serviço implicou uma mudança comportamental ao desenvolver estratégias de defesa que desenvolvia face um meio desconhecido e simultaneamente o aprender de uma capacidade de exposição aos outros e ao meio:

"Olhe. Claro, aqui claro, a pessoa aqui nos primeiros dias anda aqui um bocado encolhido. Mas a partir dali vai-se habituando a pouco e pouco e tem que perder a vergonha se não... (...) Vai lidando com um, vai lidando com outro. Vai falando com os outros: «Donde é que tu és?»; «És daonde, pá?»; «Tás aqui porquê?»; «Eu estou [aqui] por isto ou por aquilo...». Mas vai falando com o pessoal e com a parte de enfermagem e a parte médica, é a mesma coisa."

O processo de ficar doente, nos percursos individuais dos sujeitos entrevistados, caracteriza-se por uma grande heterogeneidade, sendo que, aparentemente, o único factor comum neste aspecto é o tempo, já que devido a uma grande incidência de doenças crónicas, na amostra de indivíduos seleccionados a doença se instalou muitas vezes lenta e insidiosamente. Em alguns casos a patologia depois de instalada, regista uma evolução lenta, graças à terapêutica realizada.

Nas primeiras fases a tentativa de superação da doença pode ser pela auto-suficiência mobilizando, em privado, conhecimentos prévios, estabelecendo analogias entre sintomatologias, ou recorrendo ao saber popular. É quando este reservatório

individual de saber não se materializa em resultados satisfatórios, que pode surgir a decisão de recorrer a outro tipo de saberes, como refere Laura: “...eu andava meio doente, mas disse: “Tomo um comprimido deste da gripe e isto passa” Mas depois não passou. Tomei uns chás... mas tive que ir ao médico de família.”. Já na situação de Beatriz o aparecimento súbito da doença é sentido como uma perda repentina de controlo sobre o organismo, a doença afigura-se como uma alteração no corpo, «que ganha vida própria»:

“Dei pela minha perna mais mole, mais fria. Ela sempre foi mais malandra (...) vinha das compras sozinha, e comecei a sentir e a pensar cá para mim sozinha: “Mas que raio! O que é isto, o sapato está torto, ou quê? O pé não assenta como aquele!”. Fui para casa e comecei a fazer o almoço... e foi a cabeça. Começou a assim a cair para o lado, sempre a cair, sempre a cair, e o braço pegava nas coisas e largava-as e começava a cair. Foi tudo do lado esquerdo. Foi assim que começou.”

A presença da doença, especialmente nos sujeitos com perturbações da motilidade, gera competências ao nível propriocepção. O indivíduo aprende a “ouvir o seu corpo”, apercebendo-se de pequenas alterações na evolução do seu estado, para as quais de outra forma não estaria atento.

A coexistência com a doença, ou o esforço de a ultrapassar pressupõe uma adesão à terapêutica, cujo grau de sucesso depende do modo como o indivíduo aceita e integra a necessidade de mudança. Diversos factores contribuem para aceitação da necessidade da implementação de alterações nos padrões habituais de vida dos sujeitos, sendo que, de entre estes, o modo como a necessidade de mudança é interpretada é crucial. Contribuindo para a interiorização da necessidade de mudança, podem estar factores como a fonte de informação, as circunstâncias em que se dá o acontecimento ou mesmo a natureza da informação que é prestada. Neste aspecto, Francisco refere que o papel que o médico desempenhou enquanto conselheiro, foi fundamental na interiorização da necessidade de deixar de fumar que é conseguida de imediato: “O médico disse-me uma coisa para mim no dia que eu saí do hospital: «Olhe que o senhor, se quiser viver, não pode pegar mais no tabaco» (...) porque eu segui todos os conselhos que o médico me deu... eu segui-os todos por que achava aquilo importante.”.

O discurso de um doente crónico, que ao longo do tempo ganhou competências linguísticas no domínio da saúde, para navegar num mundo que também passou a ser seu é evidenciado em trechos de discurso, que registam uma concentração tal de termos

conotados com as ciências médicas, pouco claros para o cidadão comum, e que, do ponto de vista dos técnicos, potencialmente afasta o doente do mundo do saber profano tal como o distingue Carapinheiro (1998), para o associar ao saber sagrado destes (dos técnicos). A aquisição destas competências linguísticas faz-se de acordo com o que refere Pasquier (1991), no contexto da aprendizagem experiencial, a partir de uma repetição da situação vivida de internamento ou do contacto frequente com os técnicos de saúde

A hospitalização pela alterações que introduz no ritmo de vida dos indivíduos, ou pela insegurança que origina face ao futuro, desencadeia facilmente um turbilhão de sentimentos e emoções. A compreensão destes sentimentos é essencial para perspectivar o modo como indivíduo aprende o seu papel de doente. No dizer de Sartre, referido por Ribeiro: "...a emoção é uma certa maneira de apreender o mundo." (2003, p.136). Nesta perspectiva a emoção não será mais do que a atribuição de um significado aos acontecimentos que balizam a vida do indivíduo, sendo que esta atribuição de sentido não pode ser entendida fora do quadro de referências existenciais do próprio sujeito.

É no confronto com o inesperado, que o indivíduo reequaciona a realidade e expande os seus horizontes, ou pelo contrário aprende e desenvolve mecanismos de defesa face a essa mesma realidade.

No conjunto de indivíduos entrevistados, a reacção mais comum ao internamento foi o despoletar de sentimentos de medo e de insegurança face a uma nova realidade, que desconheciam particularmente, ou que conhecendo, pela representação que construíram, lhes inspira a possibilidade de dor ou de sofrimento.

A maioria dos doentes que participaram no estudo referiram sentimentos de perda por razões variáveis de onde se destaca um grande sentimento de distanciação relativamente à sua vida extra-hospitalar, e associada uma sensação de perda de controlo, que conjugadas concorrem para algum grau de desorientação, e cuja tentativa de superação passa pela aceitação do apoio afectivo que os técnicos podem dar, como afirma Teresa:

"O primeiro impacto eu resumo-o a uma palavra: "medo"! Pronto! É complicado... medo por pequenas coisas... por exemplo: o tirarem-nos tudo quando entramos no S.O., ficamos sem nada que é nosso e é uma coisa que me meteu muita impressão em todos os internamentos que tive e depois um medo do que é que vai acontecer a seguir, não é? Porque estamos num mundo que nos é completamente desconhecido. Depois, esse medo passa, umas vezes mais, outras vezes menos rapidamente. E esse "mais ou menos" rapidamente depende

muito da pessoa que está ao nosso lado, do carinho que nos dá, do apoio. Enfim... do mostrar que não está sozinho. Não são a nossa família nem são nossos amigos, mas são alguém..."

Para além do medo provocado pelas possibilidades de evolução da patologia ou da realização de tratamentos invasivos da integridade física do indivíduo, o confronto com o sofrimento de outros doentes constitui-se como uma fonte de enorme desconforto para alguns dos sujeitos entrevistados. No caso de Francisco, a estratégia encontrada de autoprotecção face a este desconforto é a da fuga à presença na realização de um exame ao seu vizinho de quarto: "...eu até fui para a casa de banho, porque me fazia impressão, ainda me doía mais a mim do que a ele e saí..."

O sofrimento de um doente pode ocasionar noutros doentes que com ele partilham o quarto, fenómenos de identificação ou de medo face a uma hipotética situação futura semelhante vivida na primeira pessoa, e que é também fonte de desconforto, o que leva Alberto a adoptar uma postura crítica face à organização dos serviços, já que a mesma permite que doentes que estão em estado considerado crítico, pelo seu estado agónico perturbem quem está aparentemente bem: "...isto cria-nos uma imagem em nós, que quase não estamos doentes (eu já devo sair amanhã) e estou a sofrer as consequências daquele doente. "Será que um dia me poderá acontecer isto? Esta coisa toda?" São estes pequenos pormenores que deviam ser vistos..."

Esta situação pode ser extremada em caso de morte de alguém, que ainda que desconhecido até há pouco tempo, mas com quem se partilhou um espaço físico tão próximo e uma convivência no tempo em permanência por vezes de grande intensidade, eventualmente fomentando laços de amizade. Na ausência de uma grande proximidade no relacionamento interpessoal, a simples ocorrência da morte é, por si só, geradora de desconforto, despoletando um processo de introspecção e auto-conhecimento e de descoberta do próprio indivíduo, quando este se surpreende com a sua reacção face à morte de outrem, como refere António:

"No Hospital de M., assisti a 6 mortes, 2 deles doeram-me porque a gente ganhou amizade, estamos todos no mesmo ambiente, somos todos de Lisboa, temos uma certa vivência, uns malandros, outros assim, e eu... 2 deles custaram-me, os outros 4 não. E aqui: já me morreu outro! Que eu... também me custou, pela maneira como ele morreu. Porque ele "...não tinha nada..."[diziam], foi à casa de banho e começou a sentir-se mal, e dizia: "Quero ir para a cama. Estou muito mal!" Aí... puxaram o cortinado. Eu estava a ler o jornal, lá estiveram um bocado de volta dele, passou a manhã, e

passado um bocado levaram-no e ele parecia-me muito mal. E eu disse: "Então? O homem «foi-se»? " e responderam-me: "Não! Foi transferido para o serviço de hematologia." Quando veio a filha, veio ter comigo. E eu disse-lhe, "...não se preocupe o seu pai está lá em baixo, deve estar melhor!" Mas ela já estava a chorar! E dizia: "Não está nada! Ele morreu!". Pois ele deve ter morrido naquela altura da manhã. E isto incomoda-me! Pronto é uma parte humana minha, pronto... Não tenho culpa, se for preciso choro.

E finaliza, sintetizando: "Nem pensei que me incomodasse tanto, ver assim morrer outros que mal conheci."

Numa sociedade em que tradicionalmente se morria em casa, junto da família, a morte passou a ser vivida de uma forma mais distanciada e "asséptica". Hoje, endeusa-se a juventude, a beleza, o sucesso, simultaneamente esconde-se a morte (e os mortos), disfarça-se e abrevia-se o luto no vestuário. Neste panorama o hospital constitui-se como um nicho territorial em que é legítimo esperar a presença da morte e o contacto com ela. Confrontarmo-nos com a morte é confrontarmo-nos com a catástrofe da nossa própria finitude. (Cláudio e Mateus, 2000).

No caso experienciado por Teresa, a situação envolve a particularidade de para além do desconforto associado à morte, esta a fazer reviver uma situação familiar anterior, sendo que neste contexto as estratégias de fuga parecem impossíveis:

"...é horrível. (...) Digo isto porque ainda ontem a pessoa que estava ao meu lado faleceu, e eu estive até às 4 e meia da manhã, frenética a ler as revistas (que não lia, que aquilo não era ler), os olhos caíam-me, a cabeça caía-me em cima da revista e eu abria os olhos e continuava a ver a revista para tentar esquecer. Já no outro internamento tinha visto outra senhora falecer e foi uma tragédia. Esta senhora de ontem estava muito mal e as enfermeiras costumavam aspirá-la. A minha mãe faleceu e era aspirada e eu não consigo ouvir aquele barulho. E então eu era para ir lanchar e as enfermeiras entraram para tratar da senhora e eu saí. Mas quando voltei ao quarto a senhora já lá não estava. Portanto eu nem vi, mas pronto!... Bate mal! A pessoa fica a bater mal! Portanto para mim foi um suplício. Vi que não estava na cama. Mesmo que me dissessem. "Ah! Foi transferida" Eu não ia acreditar porque a senhora estava muito mal."

Paulo, tendo também presenciado uma situação desta natureza, apercebe-se que da parte dos técnicos existe um comportamento de protecção dos doentes, em relação à morte de outros: "Mas há muito cuidado em não fragilizar o doente quando se vê que há uma coisa destas. Depois obriguei quase a enfermeira a dizer-me que ele tinha morrido, mas notei que a enfermeira teve cuidado, e não me queria dizer."

O internamento num serviço onde a diminuição do contacto com o meio externo é, para além da dimensão meramente física, extensível à vida social dos doentes, gera sentimentos de reclusão com contornos de prisão, pelo que Teresa afirma que o hospital “...só não tem é grades. (...) Aqui sinto-me de pés e mãos atadas.” O próprio espaço da intimidade individual é violado, no entender de Paulo: “Aqui estou muito limitado a quatro paredes. Estou muito fechado. Estou... em termos das conversas que posso ter ao telefone, mesmo que não saia de casa, posso ter uma conversa de outro teor, do meu telefone de casa, aqui já não! Tem a ver com a privacidade, um pouco.” Face a um sentimento semelhante, e na ânsia de ver terminada esta reclusão forçada, Laura desenvolve como estratégia de superação deste desconforto o balanço dos dias que espera para a sua “libertação”: “O médico disse-me há dias que deviam ser mais uns quatro dias e eu vou contando os que faltam.”

Os entrevistados revelaram também que durante o internamento surgem sentimentos de desconforto relacionados com o facto de a sua presença no hospital trazer alterações na vida de terceiros. Em relação aos técnicos, a presença do doente pode, por este, ser percepcionada como um acréscimo de trabalho, o que potencia sentimentos de culpa, que se tentam superar retribuindo com uma boa relação interpessoal, como fez Francisco: “...eu já contei anedotas, ou digo umas parvoíces para ver se animo o quarto. Até com as enfermeiras digo umas parvoíces, para que eu não me sinta mais pesado para elas do que estou a ser.”

A permanência por um longo período de tempo no hospital, no caso de António é percepcionada como uma arrastar da situação crónica que tem, e que determina na sua perspectiva uma diminuição no nível de atenção que alguns técnicos lhe dão:

“Mas eu... lá está... eu tenho uma percepção que sou um cliente, um doente... não desejado. Mas acho que deveria ter ido embora, porque fiquei cá muito tempo. Os médicos entram ali na sala: vêem o meu colega da direita, vêem o da esquerda, vêem o outro. E a mim... [agita os braços] Estou cá há 90 dias!”

Ainda no aspecto das perturbações que o internamento induz no desempenho de outras pessoas, registam-se as preocupações em relação à família pela perturbação emocional que o seu internamento lhes possa trazer. Gera-se então um ciclo em que a perturbação de uns, perturba outros, como refere Paulo. “...ao mesmo tempo deixa-me numa posição enquanto doente, terrível que é a de: “Poças! só trago para aqui infelicidade, preferia viver isto sozinho! Preferia encarar isto sozinho.” António resolve

a questão do sofrimento familiar por processos tornados pouco conscientes. Sabendo que o filho ficou perturbado pela doença e pelo internamento do pai e não tem saído de casa, afirma que: “Também é duro para mim saber disso, mas enfim...vou arranjando maneira de suportar.”

Aspecto aparentemente incontornável parece ser o financeiro, no caso de António, já que a sua actividade profissional – taxista – não lhe permite obter uma compensação monetária no período em que está internado: “...se trabalhas ganhas, se não trabalhas, não ganhas e não há mais.”. Este aspecto surge ainda associado a uma reconfiguração da representação da relação que tem com o patrão, bem como a considerações sobre os mecanismos de apoio social, já que a partir do momento em que esteve doente e internado aquele não o contactou:

“Gostava de ter outra coisa, mas aqui no nosso país é uma miséria. A gente ganha 160 contos, o patrão desconta sobre metade... e quando a gente está doente nem nos vem ver. Nem me vem dar o subsídio de férias. Nem pergunta assim: “Pá, deixaste de fumar ou ainda por cá andas? Está-se completamente marimbando! A gente continua a ter despesas, não é?”

Algumas das preocupações sentidas pelos doentes internados reflectem os papéis sociais que desempenham na sua vida rotineira. Beatriz, em termos de preocupações, poderia ser considerada a porta-voz das quatro doentes entrevistadas cuja actividade habitual é associável à designação de “dona-de-casa”:

“... a gente é dona de casa, está em casa e faz o nosso serviço e isto já é uma coisa boa que a gente tem aqui, porque a gente descansa, e não pensa no nosso serviço. A gente... pensa no trabalho que temos em casa para fazer. A gente pensa [no] o marido que está em casa e também é doente.”

A reacção face à impossibilidade de estar em casa e cuidar dos seus, faz-se através da especulação do que poderá estar a acontecer, ou de um controle, ainda que remoto, do que se passa em casa com o marido, através dos filhos: “Penso na minha casa, na limpeza... no estar na minha casa, que é diferente. E ele está lá sozinho... as filhas têm ido lá limpar, lavam-lhe a roupa. O que me preocupa é essas coisas assim... A gente tem sempre preocupações.”.

A hospitalização nem só sentimentos de desconforto gera nos doentes entrevistados. Assim são valorizados aspectos como o sentimento de segurança que a presença de um conjunto de recursos humanos e materiais, nas proximidades pode

propiciar, segundo Francisco: “Neste momento... sinto-me melhor no hospital do que em casa, porque sinto que no hospital estou protegido a qualquer momento, e se estou em casa... estou protegido mas posso demorar muito tempo e não ter tempo de chegar ao hospital.”.

Já no caso de João, o sentimento de segurança advém do facto o hospital propiciar um abrigo em permanência:

“...a vida que vivemos lá fora é totalmente diferente da que vivemos aqui. Porque lá fora temos que fazer pela vida, uns serviços, quando há ou um amigo chama e tal... ou arrumo uns carros para sacar algum... Temos sempre a pensar: “Como é que como hoje, ou amanhã?” Nunca dá para pensar em grandes esquemas. Aqui no hospital é diferente, estamos mais descansados. Sei que a refeição está garantida... é que eu lá fora estou no Centro de Acolhimento e prontos... onde vivemos 300 pessoas... alcoólicos e toxicodependentes e ex-toxicodependentes. Tá tudo junto! Somos 300 pessoas. Temos que sair às 10 da manhã, seja a chover ou não, temos que vir para a rua. Depois voltamos a entrar das 19 até às 22 horas, podemos entrar. Lá temos o pequeno almoço e o jantar, podemos tomar banho e dormir. Mas durante o dia é diferente, tenho que procurar maneira de ir comendo.”

2.1.2 – Relação com a doença

Para além da percepção física da doença, a sua vivência origina inevitavelmente um processo de conceptualização da situação. Também no plano abstracto o doente elabora saberes sobre a sua patologia. Esta é vulgarmente representada como o «mal» que nos «ataca», tal como ilustra Gabriel: “Ainda pensavam que tivesse o mal das ovelhas, a febre do gado. Fiz análises e a médica disse-me: “Olhe, eu pensava que isto estava melhor, mas o mal não é da ovelhas, o mal é seu!”.

Para o conjunto de doentes entrevistados a interpretação e o conhecimento acerca da sua doença parece ser elaborado à luz da experiência pessoal da cada indivíduo, que tenta em cada momento atribuir um significado à sintomatologia em função daquilo que já viveu até ao momento, na linha do que Bonvalot (1991) entende como um processo recursivo em que o presente e o passado se influenciam do ponto de vista da construção experiencial das representações. O passado é reavaliado à luz das novas experiências, deixando de ser estático e o presente é construído com base nos conceitos elaborados em experiências anteriores. Assim, casos de doença vividos em

peessoas próximas, como familiares são comparados, e se tal comparação o proporcionar, são associáveis entre si, mobilizando por exemplo, a crença de que existe um laço hereditário, potencialmente responsável pela doença, como exemplifica Francisco:

“Já tinha tido um médico há muitos anos que me tinha dito que eu era cardíaco, isto já há muitos anos. Na altura não fiquei assustado porque tinha 30 anos, mas depois o meu pai morreu... Como o outro [médico] me tinha dito aquilo, e eu accionei logo, juntei logo as duas coisas. Pensei: “Eu qualquer dia, dá-me qualquer coisa!” e foi assim...”

Este relato enquadra-se na visão de Barth (1996) quando esta autora defende que é através da sua história cognitiva, afectiva e social que o adulto dá sentido à realidade, seja ela existencial, matemática, literária ou outra.

Para além dos laços familiares, explicações de outras naturezas, contextualizadas no quadro da experiência individual, podem ser equacionadas para entender a causa da doença, como demonstra Gabriel que mobiliza a actividade profissional como possível responsável. “Pois já se sabe! Isto de andar aos solavancos em cima do tractor não é bom para o corpo.”

Os doentes entrevistados parecem saber, em linhas gerais, o seu diagnóstico. Mesmo aqueles que não mobilizam termos técnicos, aparentam ter aprendido, pelo menos, o nome “oficial” da doença fazendo depois uma descrição do que provoca a sua hospitalização, usando o seu padrão de linguagem corrente, que dominam bem e que pode ser bastante ilustrativo, como demonstra Alberto: “Já em Agosto tive internado com quase a mesma doença. Com os mesmos sintomas – o edema pulmonar – são as águas que invadem desde esta região [coloca a mão no abdómen] até cá acima aos pulmões, que ficam cheios de água. Dá uma falta respiratória, começo a sangrar pela boca.”. Beatriz ficou a saber as causas da sua doença, mas a tentativa de estabelecer uma relação de causalidade com os sintomas que apresenta revela-se difícil: “Pelo que percebi, ouvi dizer que tinha sido uma veia dentro da cabeça que tinha ficado mal e apanhava-me o lado esquerdo todo. O que ainda me faz espécie é como é que a veia dentro da cabeça, me prende assim o braço e a perna.”

O processo de convívio com uma doença crónica fez com que Paulo desenvolvesse estratégias de aceitação da mesma, e aprendesse a viver melhor consigo mesmo: “[Agora] encaro... melhor. Diferente... não direi. Encaro-a muito realisticamente. Não

crio ilusões. Não espero milagres de um dia para o outro. Mas já aprendi a aceitar mais. Já não faço tanto drama.”

A observação do meio que rodeia o sujeito no hospital parece constituir uma modalidade privilegiada, no modo como constrói o conhecimento sobre a sua doença e respectivo tratamento, a par da informação que o médico lhe transmite. Os momentos de observação constituem-se portanto em momentos formativos, ainda que os processos subjacentes à construção do conhecimento não sejam, de todo, tornados conscientes. Esta modalidade inscreve-se no quadro das aprendizagens informais sustentada por Hrímech (1996), como sendo uma aprendizagem implícita ou inconsciente, ou no dizer de Pain (1990), como uma formação por impregnação. De entre os relatos dos doentes entrevistados, Francisco é particularmente elucidativo neste aspecto:

“Depois... fui percebendo com a continuação das coisas. Via em mim e via nos outros, o que os médicos e os enfermeiros faziam. (...) Foi talvez pela continuação, isso agora é que eu já não sei explicar... talvez pelas doutoras que me disseram ou porque eu ouvi lá alguma conversa entre elas, ou as ouvi falar com as enfermeiras.”

António tendo já um percurso longo na doença, teve também, em consequência, contacto com um vasto grupo de técnicos de saúde. No entanto as informações que recebeu ao longo deste trajecto não são consensuais, o que o deixam num estado de aparente incerteza quanto às suas possibilidades de evolução:

“Como o médico que me operou me disse: “O Sr. nunca mais vai andar.” Já fui ao Hospital S. em fisioterapia. Não sei a resposta, mas ouvi dizer que eu podia andar. Daqui desta doutora [deste hospital] parece que eu posso andar. A minha fisioterapeuta dá-me força para andar, diz que: “...posso demorar muito, mas eu vou andar”. Porque eu já não quero andar como andava, só quero ser independente.”

O processo de reflexão elaborado sobre a sua trajectória individual e social proporciona ao indivíduo a capacidade de se aperceber das transformações que o percurso de aprendizagem ao longo da doença desenvolveu no seu modo de olhar o mundo e de se olhar a si mesmo. Este processo de aprendizagem, mais do que levar exclusivamente o indivíduo a aprender dados isolados sobre a sua doença, é também o descobrir novos meios de pensar e de fazer diferente, alinha do que sustenta Josso (2002).

No caso de Paulo, o tornar-se doente, operou, na sua perspectiva, um complexo processo de auto-reconfiguração identitária, cujo balanço é descrito como um processo de aprendizagem julgado como bastante enriquecedor da sua própria personalidade:

“Sinto que há uma perturbação qualquer na minha forma de estar, que muita coisa mudou. Que me tornei melhor. Acho que, isto de estar doente foi um ensinamento para mim. [Em que aspecto?] Mais observador, mais atencioso, mais sensível. Havia muita coisa que me escapava em termos de preocupação de bem estar do outro, mesmo comigo próprio, já dou valor a certas coisas. (...)

Aceito mais as diferenças dos outros, é isso. Sinto que ao longo da doença me tenho vindo a tornar mais tolerante. Por exemplo no meu trabalho eu era muito mais rigoroso, muito mais insensível, mesmo quando via a ficha dos alunos com aquelas situações, com as desgraças familiares todas na família, e doenças, e pobreza e isso... era muito mais insensível a isso. Agora já lido melhor, porque às vezes é preciso viver as situações, não é?

[Porque é que acha que houve essa mudança na atitude?]

Acho que nesta sociedade ocidental a gente cai todos no egoísmo, mesmo não querendo, eu até nasci numa aldeia onde isso não se nota muito, e vivi lá a minha infância quase toda. E não há assim tanto egoísmo, e quando vim para a cidade acabei por me corromper a mim próprio... penso que é inevitável, com os estímulos que nos são dados e é inevitável.

Depois quando se passa pelas situações mesmo de dificuldade, neste caso a doença. Acabamos por mudar por esquecer um bocado esse egoísmo, por olhar mais para os outros. Eu se calhar não olhava, nem me lembrava tanto dos outros. Lembrava-me dos outros naquilo que eles me poderiam, ser úteis, ou no que eram semelhantes a mim. Agora lembro dos outros, todos, mesmo aqueles que não estão em sintonia comigo. Em sintonia na doença, ou mesmo na forma de estar, mas acho que até me preocupo com eles.

Dantes era assim: “Não tens nada a ver comigo, então não és meu amigo...” Ou então pressupunha que com meia dúzia de conversas que tivemos, a conversa não me agradou. E então eu punha logo o pé atrás e desligava completamente. E agora já não, até por exemplo, tinha uma tendência para rotular as pessoas: “és assim, és mongolóide” ou “és assado”, e então depois já não apostava tanto no relacionamento que poderia ter com as pessoas.

Agora já não. Estou mais condescendente, mais tolerante, e já digo assim: «Não, não, eu para me conhecer a mim melhor, para estar bem comigo também, não posso estar só com as pessoas que pensam como eu.»”

Também a auto-imagem do «eu» físico pode de alguma forma ser alterada ao longo dos processo de doença, especialmente em situações cuja patologia determina alterações físicas externas visivelmente, limitações de mobilidade ou sintomatologia perceptível pelo doente. Os processo de gestão da alteração da imagem envolvem naturalmente um processo de aprendizagem de uma nova relação com o corpo, conforme defende Ribeiro ao afirmar que a percepção do corpo:

"...é mais do que a apreensão das qualidades sensíveis do objecto. É um processo cognitivo complexo, inevitavelmente associado a fenómenos afectivo-emocionais (por vezes intensos) e a juízos de valor. Trata-se de facto uma actividade estruturante pela qual o sujeito constrói o corpo." (2003, p.61).

Para além do processo de relação com o corpo e o modo como este é visto pelo próprio, também a forma como este é apresentado pode ser alvo de negociação interna. Neste aspecto Teresa submete o princípio da estética ao funcional, tendo em conta os valores inerentes ao objectivo da sua estadia no hospital: "...eu até optei por não usar pijamas de casa, porque eu acho, pessoalmente, que eu não venho para aqui para me por bonita. Venho aqui para me tratar e acho que este tipo de pijamas de abertura atrás muito mais práticos...".

Se os doentes parecem sentir-se ao corrente da sua patologia, já o tratamento que está em curso relativamente à doença, é aparentemente aprendido e descrito de uma forma bastante vaga e com lacunas importantes nomeadamente no que diz respeito à medicação. A medicação parece ser um aspecto em que a desresponsabilização do doente face ao seu tratamento, dentro do contexto de internamento, é quase total. O exemplo de José é exemplificativo: ainda que invisual e vivendo sozinho, José no seu domicílio, é independente na toma da medicação, tendo ao longo dos anos aprendido a reconhecer as embalagens dos comprimidos, pelo seu tamanho, textura, número de comprimidos que contêm. Desenvolveu ainda estratégias de segurança adicionais, guardando cada tipo de medicação em locais distintos da casa. No entanto no hospital; passou a ser completamente dependente neste aspecto, deixando de ser competente na administração da medicação, não sabendo mesmo que comprimidos toma actualmente. Também o relato de Francisco é expressivo neste aspecto: "Aqui no hospital não sei que medicamentos é que tomo, porque a enfermeira é que me leva aquilo e: «Tome lá estes comprimidos!» e eu depois tomo e não sei o que é, quando sair é que hei-de levar a receita e depois logo hei-de ver se são iguais aos que tomava.". O facto de uma situação de internamento estar relacionada com uma fase de agudização da doença concorre para o alheamento da medicação que se toma, porque esta aumenta em número e diversidade, podendo desencorajar o questionamento e a tentativa de controlo em relação à mesma: "Eu já tomei desde que aqui estou internada, (há 12 ou 13 dias) mais comprimidos que os que eu tomei em toda a minha vida. Injecções, então acho que só apanhei cá!" (Beatriz).

António contrariamente à maioria dos outros doentes internados está ao corrente de alguma da medicação que faz. A aprendizagem que fez neste domínio constituiu-se a partir do estabelecimento de relações de causa-efeito entre a toma de alguns comprimidos e, quer dos seus efeitos terapêuticos, quer dos seus efeitos adversos. Este conhecimento dos fármacos consolidado com a leitura da correspondente literatura, colocou António em termos de saberes num patamar em que pode discutir opções terapêuticas, com os técnicos e pôr em causa o seu monopólio de “saberes-que-conferem-poderes”, entrando rapidamente em litígio com os enfermeiros:

“Eu ando a tomar muitos[comprimidos]. Uns para a infecção, outro é o Interferon que eu já sei que ao tomar o Interferon tenho que tomar dois ben-u-rons porque quando começa a fazer o efeito do Interferon, se eu tomar dois ben-u-rons, aquilo, o ben-u-ron... consegue evitar esses sintomas do outro medicamento. Quase que nem chego a ter dores. Passadas seis horas (o ben-u-ron é para três horas), mas passadas seis horas eu começo a sentir nas pernas, nos ossos... uma dor nos ossos. Já sei que é a febre que me vai vir. (o que é que eu faço?) Já sei, então tomo dois ben-u-rons! (...)

Agora há alguns enfermeiros que já sabem que tomo o Interferon ao meio-dia, em vez de tomar às oito horas da manhã. Estou bem até ao meio-dia. Depois tomo aquilo e fico o resto do dia porreiro. Passadas 6 horas, quando começo a ter dores, aí é que tomo mais dois ben-u-rons e eu fico o resto do dia porreiro. Foi o que aconteceu ontem.

Antigamente não! Como o horário da medicação é: oito horas, cinco horas, e dez horas; eu tinha que fazer o que os outros doentes todos faziam... Era uma das coisas que eu tive aqui problemas.”

À semelhança do que se passa com a interpretação que é feita, e saberes que se constituem, acerca da doença e das suas causas, também os tipos de tratamento e exames a que os doentes foram sujeitos foram alvo de apreciação em função do quadro de referências em que essas situações eram enquadráveis. No universo de significados de Maria um TAC era um exame que se realizava exclusivamente à cabeça, porque o seu genro já o tinha feito: “E eu até me assustei porque ouvi TAC, pensei que tinha a ver com a minha cabeça.” Para António os conhecimentos prévios derivavam da sua actividade profissional.

“Nós na praça de táxis, uma das funções é trazer muitas pessoas para o Hospital, das 8 horas às 10 horas da manhã. Trazemos muita gente para o Hospital. E então fala-se muito destas coisas. As pessoas falam no que vêm fazer, eu quando cheguei aqui nunca tinha feito um TAC, mas já me apercebia do que era o TAC, que era meter-me num TAC meia hora, estar lá sossegado, e

isso assim. Não era preciso perguntar a ninguém: "Epá! Já fizeste um TAC, como é que é aquilo?" Já sabia, porque nas conversas já me tinham dito."

Os exames auxiliares de diagnóstico são entendidos pelos doentes entrevistados como determinantes no correcto estabelecimento do diagnóstico. Essencialmente são percebidos como tendo uma função de poder permitir ao médico olhar para dentro do corpo e acelerar o processo de descoberta das causas da doença. "...[os exames] é para saber de onde é que é o mal, para saber que o medicamento vai actuar àquele sítio... se faz efeito. Porque depois tenho uma TAC à cabeça e um aos pulmões.] (Gabriel). Para João a realização de um exame à cabeça revela-se como algo parcialmente enigmático:

"... fui lá abaixo fazer um exame à cabeça: Colaram-me várias ventosas à cabeça, mas não me lembro do nome do exame [Percebeu para que é que servia?] Para ver se a cabeça está a funcionar bem, deve ser... [Como é que se apercebeu disso?] Por mim, calculei... para me tar a por aquilo na cabeça... e tinha lá o aparelho dela. Não lhe perguntei. Mandava-me abrir os olhos, batia as palmas... falava..."

Constituindo a doença e a hospitalização um momento de ruptura na vida do indivíduo, a actividade de pensar no futuro, para os doentes entrevistados, revelou-se indissociável do equacionar a evolução da doença e o processo de reestabilização.

De um modo geral, de entre o discurso dos doentes entrevistados, os projectos de futuro envolveram no curto prazo a continuação da melhoria do estado de saúde. No domínio do futuro a médio prazo projectou-se maioritariamente o regresso à vida activa o mais depressa possível, ainda que essa actividade possa em alguns casos ter que ser adaptada às limitações decorrentes da doença. Em casos de sequelas da doença com alterações mais exacerbadas das possibilidades individuais de acção os doentes ponderaram mesmo uma mudança radical da sua actividade profissional quotidiana, mas nunca deixando de considerar a hipótese de deixar de trabalhar.

Os papéis sociais desempenhados no contexto extra-hospitalar reflectem-se mais uma vez no processo de doença. Assim, o objectivo do restabelecimento da normalidade visa essencialmente o retomar dos papéis anteriormente assumidos. Para as doentes cujo trabalho consistia em gerir a casa e desempenhar o papel de suporte aos demais elementos familiares, o regresso a essa actividade afigura-se como uma prioridade.

A par da urgência no regresso a casa, estas doentes manifestam uma outra preocupação, relacionada com o facto de eventualmente haver uma degradação do seu

estado de saúde desenvolvendo um processo de cronicidade e virem a dar trabalho à família o que, no fundo, consistiria numa inversão dos papéis que assumiram ao longo de toda a vida, como refere Angela:

“Estou reformada, vou ver se melhora, e se ainda vivo mais uns 5 ou 6 anos, não vale a pena viver até muito tarde porque depois só damos é trabalho em casa. Eu só tenho medo é de cair numa cama e ficar a dar trabalho, em casa ou aos meus. E ficar entredada, porque isso, para mim é o dobro da doença, porque eu tenho muita reacção comigo e não me sinto bem a dar trabalho aos meus e aos médicos. Peço a Deus que me vá levando com vida até poder. Mas depois que me leve de vez.”

Se o papel de doente secundariza ou torna periféricos questões anteriormente tidas como importantes, em alguns casos, as preocupações do foro financeiro, mantêm-se a par da doença, interferindo potencialmente com o processo de cura:

“Vamos lá a ver uma coisa... se isto normalizar, vamos lá a ver se consigo fazer alguma coisa, um trabalhozeco. Ver se ganho mais alguma coisa: se não conseguir tenho que me manter... Há trinta e tal anos que ando agarrado um tractor, e a gente só ganha 40 contos de reforma, e embora não compre nada para comer porque vem da horta, 40 contos mais os da mulher... não chegam (...) Mas a reforma é pouca para mim e para a mulher. Se não faço uns biscatezecos, mais leves lá no patrão, a coisa fica mal. Quando a coisa normalizar mesmo, estou convencido que posso voltar a trabalhar. Sabe, o trabalho no campo é duro! Quem não sabe o que é aquilo, não sabe!”

Também neste caso o papel que Gabriel desempenhou durante toda a sua vida activa, de garante da estabilidade económica da família é preponderante no equacionar do futuro, tornando o regresso ao trabalho uma necessidade emergente.

Mais do que satisfazer uma necessidade financeira a actividade profissional docente Paulo, contribui, na sua perspectiva, para a manutenção da sua saúde mental, atribuindo mesmo um carácter terapêutico ao trabalho:

“Não há uma solução para o meu caso obviamente, sou consciente a esse ponto, mas que me dêem pelo menos a possibilidade de me poder mexer e de trabalhar. Trabalhar é fundamental, se não entro em paranóia. Não há forma de encarar a minha doença sem o trabalho. Acho que o trabalho é o melhor para a doença!”

O processo da alta hospitalar e o consequente regresso a casa e a uma vida, dita normal, implica por parte do doente nova ruptura e a reacquirição das competências que

tinha anteriormente. Esta passagem requer uma postura activa perante a perspectiva da alta, uma vez que esta torna o doente novamente autónomo no processo de gestão da sua saúde. Beatriz, não tendo uma noção clara da medicação que fez durante o internamento, desenvolve uma nova atitude na relação com o saber:

“Isso agora é que eu queria saber. O que é que eu vou levar para casa [de medicamentos]. Se vir a médica ainda hoje eu vou-lhe perguntar. Quero saber os tratamentos e os medicamentos que eu hei-de ter... se os comprimidos para a tensão... se os hei-de continuar a tomar, porque já os tenho há muitos anos. Ou se hei-de ir à médica de família para ter outros.”

As excepções que configuram uma perspectiva de mudança radical ou de abandono da actividade de uma forma mais marcada são reflectidas por Francisco e por Alberto.

Francisco aprendeu, fruto de um processo longo e atribulado de doença, que as suas limitações em termos de mobilidade são grandes e não permitem o regresso ao táxi e impõe restrições, pelo que aparentemente baixa a sua fasquia de exigências: “Porque eu já não quero andar como andava, só quero ser independente.”. Ainda assim não exclui a ideia de voltar a trabalhar:

“Eu quando vim para o hospital ainda pensava que ia trabalhar. A única coisa que já perdi ideia neste tempo todo é a de voltar a trabalhar com o táxi. Já sei que não vai ser possível. Agora posso... ir vender bilhetes para um cinema, ou um gajo amigo, num quiosque que me arranje um trabalho, eu acho que posso. Isto pode ir devagar [voltar a andar]. Até pode demorar um ano, mas eu quero.”

No caso de Alberto esta reconfiguração, em termos profissionais, é mais marcada:

“Vejo [o futuro] com alguma ansiedade, porque eu tenho 80 anos, com 80 anos, com os meus neurónios a funcionar eu tenho que admitir, que não posso ter muitas macacadas destas porque estou sujeito a ficar numa delas. Por isso, ontem vieram cá 2 elementos da direcção do clube a que pertenço, faço parte da direcção e disse-lhes: «Ainda bem que vocês vieram cá, mas tenho uma coisa a dizer-vos: Não posso ir mais às reuniões da direcção».”

2.1.3 – Relações pessoais

Os sujeitos entrevistados apresentaram um conjunto pouco diverso de posturas face ao relacionamento que estabeleceram com os técnicos de saúde do serviço em que estavam hospitalizados. Da análise das entrevistas sobressai uma forma quase generalizada de submissão à dinâmica de internamento que é aprendida a partir da dinâmica em que se inserem. Este posicionamento de dependência face a outros, revelado pelos doentes, parece em alguns casos estar relacionado com uma concepção do que deve ser o papel do doente e o papel do técnico, em que este detém saber, e portanto poder de agir e determinar o rumo dos acontecimentos em prol do doente. Ao doente resta seguir de forma mais ou menos correcta aquilo que os técnicos determinam.

Dê uma forma geral as entrevistas denotaram um padrão de comportamento generalizado assumido pelos doentes que se inscreve facilmente num modelo de referência na relação cuidador-cuidado do tipo paternalista, segundo o modelo de Sommer-Péré. A dinâmica resultante desta forma de estar é pautada pela assimetria relacional em que um é o dono da verdade e o outro aceita-a sem questionar. Face a questão Morrison sustenta que: “Embora estas formas de se auto apresentar possam a curto prazo ajudar o doente a adaptar-se e a lidar com a doença e o hospital, é improvável que o leve a assumir uma maior responsabilidade pelos seus próprios cuidados de saúde a longo prazo.” (2001, p.21).

De entre o conjunto de técnicos existentes no serviço e que frequentemente interagem com o doente, é em relação ao médico que o doente um maior diferencial de saber-poder, como exemplifica Laura: “O médico é tudo, né?”, ou Beatriz: “...se o médico é dessa opinião eu também sou...”. Gabriel, na mesma lógica reforça a autoridade reconhecida ao médico ao mesmo tempo que responsabiliza única e exclusivamente o doente por eventuais falhas no tratamento da doença:

“[A gente] tem que seguir as regras que tenho que seguir, que o médico manda, né?. A gente tem que ajudar a fazer o trabalho que o médico está a mandar fazer, né? Se eu por acaso, eu não ajudo... Há quem diga: “Ah! O médico não presta”. Não! A nossa cabeça é que não presta, porque não segue as regras. Se cumprir as regras que o médico manda, a coisa faz-se.”

A participação do doente no processo de cura é, desta forma, perspectivada de uma forma passiva, relegando-o para uma actividade secundária de *auxílio*. O respeito pelo técnico e em especial pelo médico entrevê-se na forma como o médico é

referenciado ao longo do discurso dos entrevistados. Ainda que o médico esteja ausente do local da entrevista, a sua imagem é inspiradora de uma exagerada deferência demonstrada por alguns destes doentes. Gabriel ao recordar uma conversa que teve com o seu médico revela-nos uma forma bastante cuidada no modo como o faz, salientando-se a repetição, quase à exaustão, da expressão ritual “senhor doutor”:

“Geralmente o médico chega-se lá ao pé de nós e: «Então senhor Gabriel como é que isso vai? Tá pior?»; «Tou melhor senhor doutor». Depois [pergunta] se comi, ou se não, e eu pergunto: «Então como é isto senhor doutor? Isto vai? Isto não há problema, ou isto é mesmo assim?»; «Isso é mesmo assim, vai melhor!». O médico no outro dia apanhou-me no refeitório e disse-me: «Então o senhor é que é o senhor da cama 21?»; «Sou senhor, senhor doutor!»; «Então como é que é? Tem uma dor aí na perna?»; «É sim senhor doutor. Isto não anda nada bom, senhor doutor, dói-me todos os dias, dia e noite.»”.

Na opinião de Alberto, as formas de relacionamento entre doentes e médicos estão hoje mais facilitadas do que antigamente:

“Basta dizer que não se tratava um médico como se trata hoje, era «Vossa excelência, senhor doutor, dá-me licença?» Hoje diz-se : «Ó doutor!». (...) Antigamente a pessoa sentia-se coibida, por se entrar num gabinete, a pessoa quase era preciso estar cá fora a aprender o que é que havia de dizer quando entrasse no gabinete.”

Esta abertura em termos de relacionamento, ainda que positiva não é ainda o ideal para Alberto, uma vez que, no seu entender, em caso de divergência é o doente que fica a perder:

“Cada pessoa tem a sua maneira de pensar e de agir, e pode-se dar a coincidência de um doente que [cujas maneiras de pensar e de agir] foram feitas pela sociedade, e encontrar um enfermeiro e um médico que não tenha os mesmos preceitos e então dá-se o choque, mas quem é o culpado é o doente, não é o médico.”

As competências que são reconhecidas aos médicos são múltiplas, podendo o doente, inclusive, face à perspicácia médica, passar por um certo sentimento de “nudez” ou da incapacidade para esconder falhas. No caso de Gabriel, esta capacidade do médico detectar as suas faltas parece circular entre a onnipresença do técnico e o limiar do sobrenatural. “Se depois a gente aparece ao pé do médico, e eu tiver fumado, e ele, dá por isso, ou pelo cheiro ou por qualquer maneira, sente o fumo, diz: «Então o

senhor não cumpriu com a regra? Porquê?» Neste caso o cumprimento das indicações médicas por Gabriel surge, para além da colaboração no tratamento, como forma de evitar repreensões da parte do médico ou sentimentos de culpa.

Associado ao sentimento de dependência face ao saber médico, o contexto hospitalar pode gerar nos doentes um determinado sentimento de “ser pertença” de um médico em particular ou de uma equipa, como transparece no relato de António: “...pedi para mudar de médico, e uma médica veio e [disse]: «Olhe que você, a partir de hoje pertence-me.»”. O corpo cuja posse passa a ser alheia ao próprio indivíduo é também, nas palavras de Angela, objecto de intervenção externa: “Uma vez que eles me têm cá, eles aproveitam a deixa, e fazem os exames todos e depois quando vêem que já não há mais nada a fazer, mandam-nos para os nossos médicos de família. Uma vez que cá estou aguento até ao fim.”

A interiorização de um papel de dependência desencadeia a prazo uma postura de passividade perante a complexa dinâmica de práticas e saberes em jogo no quotidiano do doente, mas que actuam independentemente da sua vontade. Neste cenário, a curiosidade individual corre o risco de não ser oportuna ou até bem vinda. Francisco afirma a propósito da colocação de questões por parte do doente aos técnicos de saúde: “...eu não tenho costume de perguntar (...) Porque eles é que sabem quando devem perguntar, eles é que percebem as análises e os exames...”. Para Beatriz o objectivo final da estadia no hospital legitima uma dinâmica na qual ela não é parte activa. Tal como se afigura, uma conversa entre esta doente e uma médica: “...levem-me para onde vocês quiserem. Eu quero é estar boa (...) eu estou por tudo...”, reflecte uma lógica no agir do doente, em que os fins justificam os meios utilizados pelos técnicos no internamento.

Do conjunto de doentes internados, o único que demonstra frontalmente algum grau de desagrado face à actuação dos técnicos é António. Um internamento longo tornou-se acumulador de saberes, quer sobre a dinâmica do serviço, quer sobre a natureza da sua patologia e respectivo tratamento, conferindo-lhe competências necessárias para discutir, segundo a sua perspectiva e num mesmo patamar de conhecimento, aspectos da sua situação clínica. Esta postura gera conflitos com membros da equipa dos quais os enfermeiros são o alvo mais fácil, pela natureza do seu trabalho que é classificada por António de inflexível relativamente às prescrições medicamentosas: “...tive uma desavença com um enfermeiro porque ele disse que eu tinha que tomar a medicação àquela hora, porque era o que estava prescrito.”

Num cenário em que o doente não se identifica como sujeito activo, os níveis de exigência relativamente à quantidade e qualidade de informação dispensada pelos técnicos não são elevados. Maioritariamente os entrevistados julgam ter a informação necessária ao seu tratamento, não sendo activos no processo de aquisição dessa informação.

Em alguns doentes verifica-se que contrastando com uma grande satisfação sobre a informação a que tiveram acesso, relativamente à sua doença, surge simultaneamente um conhecimento nebuloso e ininteligível para terceiros. Este no entanto, quando enquadrado no universo de significados do indivíduo parece ser portador de um grande potencial heurístico.

Mais do que uma informação técnica, pormenorizada, ou que reflecta um plano de acção para o futuro, relativamente à patologia do utente, a comunicação entre médico e doente parece centrar-se, na perspectiva de alguns doentes entrevistados, como João, em aspectos pouco concretos: "...dizem-me: "Sim senhora, o senhor está a melhorar" explicam-me assim. Explicam-me tudo assim."

Numa lógica de passividade Francisco refere: "Dão-me aquela informação que acham que é precisa, que acham que preciso de saber, e que é relativa ao meu estado de saúde, e à minha evolução.", deixando transparecer, do seu ponto de vista, que a necessidade do saber é estabelecida externamente ao indivíduo, numa lógica em que o técnico de saúde tem a posse do conhecimento, dispensando alguns conteúdos (simplificados) ao doente. Esta perspectiva está de acordo com o que Coucello refere no contexto de uma investigação realizada sobre práticas e discursos dos médicos de clínica geral:

"O médico aparenta enquadrar-se dentro de um tipo de educador essencialmente informador-motivador, que não consegue mover-se fora do «conteúdo», razão pela qual acaba por criar uma situação tradicional de relação entre dois pólos, de um lado o utente, do outro o médico-conteúdo..." (1997. p.106).

Existindo uma certa relutância por parte dos doentes em questionar os técnicos de saúde, estão criadas as condições para a manutenção de um ciclo vicioso, em que os doentes não perguntam porque não sabem o que hão-de questionar, porque não têm necessidade, ou têm receio, e os profissionais não informam porque pensam que os doentes já sabem o que necessitam ou não querem saber (Dias, 1994b).

Do ponto de vista da construção do saber face à sua doença, de entre os doentes entrevistados distingue-se claramente Paulo que para além de colocar algumas questões aos técnicos quando tem dúvidas, também procura outras vias de informação como livros ou a Internet. Todavia Paulo refere que não coloca muitas questões devido a uma postura que adoptou desde o início da doença: “...porque eu entreguei-me nas mãos do médico e das enfermeiras e acreditando e confiando neles, tal como eu sou profissional e andei tantos anos a dedicar-me e faço o melhor que posso, e como tal nunca ponho um pé atrás e acredito piamente.” Teresa confia também na equipa, mas no seu caso, para além da confiança parece existir algum receio em mostrar falta dessa mesma confiança, referindo que, relativamente a colocar questões:

“O menos possível, mesmo em relação aos medicamentos não pergunto sequer. Dão-me, tomo... e pronto. Porque também acho que... tem obrigatoriamente que haver uma base de confiança entre o médico e o doente, não é? E eu não vou estar a perguntar: “Olhe este comprimido é para quê?”; “E este supositório é para quê?”; “E isto?” Acho que era estar a pôr e causa essa base de confiança. Tenho que confiar, sem essa base de confiança cria-se ali uma animosidade, um desconforto entre o doente e o médico.”

Este aspecto condiz com aquilo que Chaitchik *et al*, referido por Dias, havia já descrito: “Para alguns doentes, o pedir informação é visto como disruptivo das regras básicas da comunicação médico – doente, revela falta de confiança no médico e constitui, de certa forma, uma tentativa de usurpar o controlo da situação.” (1994a, p.151).

Os doentes entrevistados parecem reconhecer aos médicos o estatuto de informantes privilegiados, e o momento em que o médico surge na observação matinal diária, constitui-se como um momento importante do dia. No entanto esta parece ser uma situação em que o fluxo de informação entre doente e médico para além de escasso, é vago e unidireccional, na linha do que afirma Laura: “Quando entrei para cá, vierem uns tantos falar comigo, que eu tinha aquelas febres. De onde vinham e de onde não vinham [as febres], e pronto e perguntam e depois vão receitar e mandam fazer, aqueles exames.” Mais do que informar, o médico parece querer saber, registo em que o doente rapidamente aprende a colaborar, verificando-se aquilo que Morrison classifica como uma “desproporção de informação partilhada” (2001, p.85).

Curiosamente não transparece nas entrevistas realizadas, o entendimento, por parte dos doentes, da equipa de enfermagem como um agente que desempenha um

importante papel sobre a informação relativa à sua doença. A importância deste facto está relacionada com algum grau de dissonância que aparentemente surge do confronto entre aquilo que parece ser um dos pilares identitários da profissão dos enfermeiros, com o discurso dos doentes.

Ainda do ponto de vista da informação relativa ao estado de saúde dos doentes entrevistados, Angela descreve parte da visita médica diária deste modo: "...às vezes [as médicas] conversam lá ao fundo da cama, outras vezes conversam lá entre eles coisas que a gente não entende, mas que é do mal que a gente tem.". O hiato entre a cabeceira e o fundo da cama constitui-se como uma distância inultrapassável entre técnicos e doente, que reflecte em termos relacionais muito mais do que a curta distância física que os separa.

Quando a informação que o doente procura, pela sua natureza, ocasiona algum mal estar para o doente, aprendem-se mecanismos de atenuação desse desconforto, que podem passar por uma escolha dos informantes. Neste aspecto, Paulo revela já alguma mestria:

"...a informação da parte dele [do médico] é mais nua e crua. Mas quando eu quero me esconder um bocado dessa nudez das palavras dele, vem um bocado o reforço afectivo da parte das enfermeiras - sobretudo das enfermeiras. Tem a ver com o tipo de informação, no fundo é o modo como as coisas são ditas. O médico dá-me a informação mais científica sem recorrer a muitos exemplos e a muitas experiências e o enfermeiro diz-me logo: "Oh! Mas veja o caso de fulano tal, passou por cá, e teve alta... Dá-me experiências de outros, conta-me cenas já passadas cá."

As relações que se estabelecem entre doentes constituem, por si só, uma realidade pouco explorada, uma vez que as vias de comunicação mais analisadas privilegiam tradicionalmente a relação entre os técnicos de saúde e os doentes. No entanto, a maior parte do tempo que o doente está internado, é junto dos seus vizinhos de quarto que se encontra e com quem partilha um espaço *social próximo* ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Em investigação referida por Ribeiro (2003), existem, ao nível das relações sociais na espécie humana, comportamentos de territorialidade entre os indivíduos, destacando-se nas sociedades ocidentais quatro grandes tipos de distância: distância *intima*, distância *pessoal*, distância *social* e distância *pública*, sendo possível distinguir em cada uma destas tipologias, dois modos: modo *próximo* e modo *afastado*. O modo de distância social próxima oscila entre 1,25m a 2,10m.

A crescer à proximidade física, com a consequente partilha de espaço, surge a exposição do corpo e frequentemente de partes íntimas do mesmo, que origina, no próprio, sentimentos de pudor. O corpo exposto pode também exibir manifestações que derivam da doença que originam nos outros doentes sentimentos de repulsa como refere Alberto: “Estou sujeito a estar ao lado de um doente que se borra a toda a hora, não fala, não come. É isto, é aquilo...”

Esta proximidade, no entender de Paulo leva a que os outros doentes ao se aperceberem do diagnóstico dos vizinhos, possam desencadear estratégias de defesa face a potenciais contaminações e mesmo a alertar os vizinhos para tal situação levando Paulo a alertar: “Nota-se que há aqui, mesmo entre doentes, há um outro lado das doenças e há segregações em que as pessoas se podem sentir mal”, e conta uma experiência vivida na primeira pessoa:

“...uma vez não havia disponibilidade de camas, e eu tive que ficar nas primeiras camas, nas “menos graves”, e houve um doente que foi extremamente indelicado comigo, porque contou a outro doente, que “já tinha ouvido qual era a minha doença”, e para ele “não entrar em conversa comigo” e blá blá blá blá... Nem o disse na minha frente, o outro doente é que me veio dizer. Veja só a paranóia de certas pessoas, o outro doente até me disse: “Vê só que ele até me disse para eu não falar contigo porque tinhas aquela doença...”

Este episódio coincide com a perspectiva de Hesbeen quando afirma que:

“Os termos «doente» e «doença» têm em si algo de maléfico. A pessoa que está doente é atingida por um mal que, por conseguinte, convém combater, evitar e erradicar. Os comportamentos sociais nem sempre distinguem entre mal e o doente, gerando reacções que se assemelham à rejeição e até à exclusão.”
(2001, p25)

O facto de o outro ser também doente parece poder ser facilitador no estabelecimento de relações entre indivíduos internados, por um fenómeno de identificação, gerando relações mais ou menos duráveis. Para Ângela a relação de amizade que estabeleceu com a sua companheira de quarto tem mesmo planeada continuação no espaço além-hospital: “Até fiquei com a direcção da senhora porque ela mora lá ao pé de mim e depois há-de lá ir a minha casa beber um chá, que ela mora lá próximo.”.

A experiência dos outros doentes pode constituir um recurso em termos de saber, para Paulo a busca da vivência dos outros, torna-se mesmo um processo activo, com o objectivo de aprender:

“Então procuro sempre situações de outras pessoas com a mesma doença, cá dentro e lá fora, para completar e para filtrar... mesmo amigos que têm a mesma doença (...) quando me apercebo que também têm a mesma doença, e se vejo que não têm problemas em falar disso, falo com as pessoas e trocamos experiências e ideias.”

Da mesma forma que na interacção entre doentes se constituem padrões de comunicação e de relacionamento, alguns sujeitos estabelecem estratégias de evitação a outros internados. O afastamento em relação ao outro pode no entanto tornar-se difícil já que os espaços destinados à permanência dos doentes não abundam, e ocorre por vários motivos, seja porque é contraproducente relativamente ao próprio internamento, ou às normas da sociabilidade como salienta Francisco: “...normalmente quase todos aqueles que para lá vão [para o refeitório] fumam bastante o que me prejudica imenso a minha saúde, (...) porque às vezes os próprios doentes discutem uns com os outros por isto ou por aquilo.”

Na situação de João o distanciamento faz-se pela tentativa de fuga a um passado não distante em que era toxicodependente mas que o contexto em que está inserido lhe fomenta a sua lembrança, ou um estímulo ao regresso:

“Também não dá para estar muito ali à porta porque (...) as conversas nem sempre dão... [são compatíveis]. Porque há aí um ou dois tipos toxicodependentes que estão sempre a falar no mesmo... naquilo... [droga]. E eu... aquilo já não é para mim. Nem quero muita conversa com eles... porque trazem-lhes... [droga] e eu não quero... Até já me pediram...”

O modo como os doentes entrevistados geriram as relações familiares ou com pessoas próximas durante o internamento hospitalar, foi bastante diverso. Mais do que modificar em grande medida a natureza das relações dos indivíduos internados com os seus familiares e significativos, o internamento constituiu-se, para a maioria destes doentes, como uma espécie de confirmação da qualidade e da natureza dessas relações.

O afastamento do círculo de relações sociais, que a hospitalização condiciona nos membros dos grupos de pares em que os indivíduos se inserem, origina uma reconfiguração dos trajectos que a rotina diária exige. Estas alterações implicam uma

deslocação ao hospital, cujo horário de permissão de visitas, nem sempre está de acordo com as possibilidades individuais. Em alternativa o contacto faz-se via telefone, ou através do questionamento de outros familiares que frequentemente se deslocam ao hospital, coo no que relata Gabriel: “Epá! Já se sabe que é chato! As pessoas não podem cá vir. Os transportes são caros... é longe... (...) Já se sabe, aqui longe... É que lá em Abrantes, já se sabe... é perto, e então, vão amigos, vai tudo ver o doente. Vão lá ver. Agora não! Mas eles vão lá procurar à mulher por mim!”

O internamento parece, em alguns doentes, desencadear sentimentos de culpa face aos transtornos causados na vida de terceiros como é o exemplo de Maria, que refere que a filha “sacrificou” as férias, no mês de Agosto, para poder assisti-la no hospital todos os dias.

A reacção ao desconforto provocado pela alteração na vida dos familiares faz-se muitas vezes através de uma postura de resignação, em virtude de as possibilidades de acção neste aspecto serem diminutas. De forma resignada reage também António, conformando-se com a ausência dos filhos nas horas de visita, não ocultando no entanto alguns sinais de indignação face às suas opções: “Tenho dois [filhos]. No domingo ela disse-me “Epá ó pai, eu vou ter aí contigo!”, e depois ligou-me. “Ó pai eu não sei ir aí!”. Eles moram fora de Lisboa. Não têm noção do que é andar dentro de Lisboa, (têm que apanhar dois ou três autocarros). Mas se fosse para ir para as docas sabiam!”

A família estabelece-se como um recurso utilizado pelo doente, no domínio do acesso à informação disponível sobre a sua doença e compreensão da mesma, dado que se afigura como um potencial tradutor da linguagem técnica que o médico utiliza, para um tipo de saber classificado por Carapinheiro (1998) como “profano”, tal como afirma Beatriz:

“Até disse à minha filha para cá vir falar com o médico, porque a gente... somos velhas e às vezes não compreendemos certas coisas. (...) [a médica] Disse-lhe do que é que tinha sido visto lá em baixo no outro hospital. E que eu “...já não era nova, mas que estava com um bom físico.”. Estou boa e posso ir para a frente, para a operação.”

Nesta situação, Beatriz, sintetiza um conjunto mais vasto de informação no facto de a circunstâncias actuais tonarem possível a intervenção cirúrgica.

Do ponto de vista do doente, a inteligibilidade e utilidade do saber técnico está relacionada com a sua aplicabilidade imediata, no fundo, este tem uma natureza

concreta e operativa. O conhecimento, nesta perspectiva torna-se autobiográfico (Danis, 2001), uma vez que é integrado pelo aprendiz em função de situações específicas da sua vida.

Na situação de Paulo, a doença e o internamento parecem ter contribuído para o fortalecimento das relações familiares: “...estreitámos ligações...”. Em alguns casos, cuja transmissão do diagnóstico aos familiares se afigura problemática, quer pelo seu prognóstico ou pelo estigma envolvido nas representações sobre determinadas patologias, o internamento pode constituir uma circunstância facilitadora nessa comunicação, já que, se necessário o médico pode constituir um recurso, quando a pedido do doente, comunica à família o diagnóstico em causa. A repetição dos internamentos, faz parte de um processo gradual do adoecer que permitiu no caso de Paulo, fazer com que os pais que inicialmente não sabiam sequer o diagnóstico do filho, o passassem a conhecer e se habituarem progressivamente à ideia, aceitando.

2.1.4. - Desempenho de doente

Na tentativa de resolver problemas e de satisfazer necessidades emergentes, os doentes entrevistados equacionaram em cada momento as suas possibilidades estratégicas de acção.

A resolução de problemas revela momentos fortes de aprendizagem, que mobilizam activamente o conhecimento que o indivíduo elaborou acerca da dinâmica do contexto em que se insere, bem como das relações entre os vários actores em jogo. Estes momentos enquadram-se na perspectiva de Dominicé (1996), que considera os desafios existenciais como acontecimentos da vida em grande medida formativos.

De um modo esquemático, a resolução das situações com que se depararam enveredou essencialmente por dois tipos de vias: as vias formais e as vias informais de resolução de problemas, entendendo-se aqui por estatuto de via formal, aquela que é “oficial” ou legítima e reconhecida pela instituição hospitalar.

O uso dos canais institucionais, segundo o discurso da maioria dos entrevistados, esteve relacionado essencialmente com a necessidade de satisfação de necessidades que, do seu ponto de vista, são enquadráveis no papel do “bom doente”.

A opção para pedir ajuda recai principalmente sobre as auxiliares ou sobre a enfermeiras que estão de serviço, sendo que o critério de escolha de umas ou de outras não é um processo muito claro, prendendo-se talvez com a proximidade física, isto é, chamando-se aquele que estiver mais próxima, tal como afirma Beatriz: “Vou por aí fora e vou ter com a primeira que por aí encontro, com a assistente [auxiliar], com a enfermeira.”. No entanto alguns doentes, denotando algum conhecimento de que no hospital pode haver necessidade de estabelecer algumas prioridades no atendimento aos doentes, são bastante criteriosos na utilização dos recursos humanos que têm ao seu alcance. Nesta linha, Teresa prefere chamar a auxiliar sempre em primeiro lugar, a quem é reconhecida a capacidade de fazer a triagem da sua necessidade, e que desencadeará os mecanismos necessários à sua satisfação:

“As auxiliares são o primeiro socorro. Para mim são o primeiro socorro, não é? É aquela pessoa com quem eu vou ter quando preciso de alguma coisa, mesmo que de antemão eu saiba que não é ela que me vai resolver o assunto. Mas acaba por ser o primeiro socorro, até por uma questão de respeito. Não de falta de respeito à auxiliar, mas por uma questão de respeito à enfermeira, que poderá estar naquele momento com coisas extremamente graves entre mãos. Portanto, porque a auxiliar não tem, à partida, uma coisa grave entre mãos.”

Gabriel denota o mesmo tipo de preocupação,

“A pessoa está aqui internada, quando precisa de qualquer coisa, ou chama o enfermeiro: “Ó Sr Fulano, olhe isto é desta maneira, assim, assim”. Ou falamos com o médico ou o enfermeiro fala com o médico. (...) O enfermeiro pode estar a fazer um serviço qualquer dentro do hospital, né? A pessoa vai tocar à campainha e vai afectar outra pessoa, onde [o enfermeiro] já tá a trabalhar. E [o enfermeiro] não pode deixar um doente para acudir a outro. Então vai deixar morrer um doente, para acudir a outro?,

centrando no entanto, de um modo algo vago mas com naturalidade, na dinâmica do serviço, a razão da sua espera: “Cada um tem que esperar pela sua vez, não é?”

A forma como são realizados os pedidos de auxílio transparece a elaboração de uma concepção hierárquica da organização dos recursos humanos do serviço. Se do ponto de vista do doente o médico parece ser o organizador e topo da hierarquia dentro da equipa de profissionais, detentor do saber máximo, é secundado pelas enfermeiras, que por sua vez estarão num patamar superior às auxiliares, que se distinguem pelo seu conhecimento não especializado. No entanto os pedidos de auxílio seguem um trajecto

inverso a esta escala de saberes. O doente aprende a dirigir os pedidos à base da pirâmide dos saberes, tendo esta estrutura incorporada no seu seio um mecanismo em várias fases (auxiliares, enfermeiros), corrector de erros, que permite filtrar para o nível seguinte os pedidos de ajuda que se justificam.

O modo como os técnicos são chamados, passa preferencialmente, pela verbalização do pedido de ajuda, em detrimento do uso da campainha, cujo uso é condicionado pela obrigação moral de fazê-lo como último recurso: "...tento não tocar à campainha, só se estiver mesmo muito mal.", (Teresa); "...se puder, evito tocar...", (João). José, preferindo a campainha nem sempre a consegue descobrir pelo tacto, tendo desenvolvido outro meio não verbal de pedido de ajuda: "Bato as palmas e elas ficam todas chateadas, algumas empregadas não gostam..."

Da análise dos pedidos de ajuda que alguns dos doentes fazem aos técnicos, não se torna claro, se o fazem porque efectivamente compreendem a necessidade de estabelecer prioridades de assistência, se o fazem porque não querem incomodar, mesmo que para tal tenham que gerir algum desconforto por um período superior ao estritamente necessário. Este uso ponderado da campainha com o objectivo de não perturbar o normal funcionamento do serviço ou de não incomodar é transversal ao discurso de grande parte dos entrevistados.

Ainda no capítulo da colaboração que é pedida aos técnicos com vista à resolução de dificuldades sentidas pelos doentes, afigura-se como de especial interesse uma modalidade de ajuda que Paulo desencadeia, para conseguir o acesso indirecto à comida do bar. "...eu já me sentia bem, e apetecia-me ir comer ao bar, não me deixavam ir. Havia sempre, simpaticamente, as empregadas ou as enfermeiras que me traziam comida do bar quando eu lhes pedia." Face a uma imposição institucional que não permite aos doentes (enquanto utentes do hospital em regime de internamento), o livre acesso ao bar, Paulo resolve a situação usando recursos que o próprio hospital disponibiliza - os enfermeiros e auxiliares - para superar os obstáculos que a própria instituição coloca.

Com o objectivo de rentabilizar a estadia no hospital o doente internado pode mobilizar de forma estratégica os conhecimentos que tem sobre outros recursos da instituição, para além das fronteiras do serviço onde decorre o internamento. A proximidade dos técnicos de saúde e da tecnologia necessária à resolução de problemas leva João a tentar optimizar a sua hospitalização:

“Eu tenho duas úlceras na perna, por causa de uma vez que injectei fora [da veia] e fez uma ferida que infectou e foi crescendo. Agora também me dói aqui um dente [aponta para a boca], há um tempo, e queria ver se a senhora doutora me mandava ao dentista cá do hospital.”

A família ou pessoas significativas são perspectivadas pelo doente como sendo um elo de ligação, que se constitui para além do mundo exterior ao hospital, num elo de ligação com uma forma de vida que ficou para trás. Neste sentido José pediu para lhe trazerem objectos que lhe são necessários, e que o hospital não pode dispensar como uma máquina de barbear ou o rádio portátil.

De uma forma geral, nos momentos que requisitaram a colaboração da equipa de técnicos do serviço como forma de ultrapassar uma necessidade, os doentes não recorreram ao acesso aos superiores hierárquicos, sendo pouco evidente se não o fizeram por não querer confrontar os outros técnicos ou se não sentiram efectivamente essa necessidade. Neste aspecto António distingue-se dos demais doentes entrevistados ao resolver uma questão conflituosa.

“Foi porque tive uma desavença com um enfermeiro porque ele disse que eu tinha que tomar a medicação àquela hora porque era o que estava prescrito. Então tive que procurar pelo responsável para falar, para resolver o meu problema. Ai... falei com o enfermeiro chefe que chamou também a médica e falámos os três e combinámos um novo horário para a medicação.”

Para António, o percurso atribulado por vários hospitais, bem como o presente internamento que acontece há 90 dias, contribui para o desenvolvimento de competências sociais na linha do que Carapinheiro defende, no quadro dos doentes profissionais, que: “...estando aptos a desvendar as relações de poder entre o pessoal médico, rentabilizam estes conhecimentos numa gestão habilidosa das suas relações com médicos e enfermeiros...”, (1998, p.276-277). António desenvolvendo alguma autocritica legítima ainda a sua actuação: “...eu estou internado há algum tempo, mas não sou um doente chato!”.

A satisfação das necessidades em situação de internamento implicam também o desenvolvimento de competências de natureza variada. De entre os doentes entrevistados é de salientar a aquisição que Gabriel (que foi toda a vida agricultor e cujo dia-a-dia se passa, normalmente, em cima de um tractor), faz no domínio das novas tecnologias, com o objectivo de ultrapassar da barreira que a distância de Lisboa a Abrantes constitui, do ponto de vista do relacionamento com família. O uso do

telemóvel até à data do internamento constituía-se como algo que não era para o António, no entanto a necessidade e alguma pressão da família nesse sentido originou uma mudança na relação com o aparelho: “Nem nunca tinha cá mexido em telemóveis e agora até tenho um, para mexer naquilo. (...) Só atendo, ainda só sei atender, porque aquilo é assim pequeno em demasia e eu não vejo bem. Mas já sei atender”.

Por outro lado João distingue-se por, em determinado ponto do seu percurso pela doença, ter aprendido a fazer o penso às suas pernas substituindo mesmo os técnicos de saúde, já que estes não estariam disponíveis, para os fazer. Este processo de aprendizagem ocorreu informalmente através da observação diária do seu tratamento, e parece ter sido reconhecido, também informalmente, pelas enfermeiras que o acompanhavam:

“Eu estava a fazer os pensos diariamente, mas houve uma altura em que aquilo estava tão cheio de pessoas todos os dias que elas viram - as enfermeiras - que eu podia fazer eu os pensos, pela informação que eu já tinha de tanto tempo de estar lá ali a ver e coiso... Davam-me então o material para eu fazer.

[E você conseguia fazer os pensos?]

No centro de acolhimento fazia, mas não tão bem, talvez não como elas me fizessem... eu desenrascava-me. Podia-me ir desenrascando...”

A opção de recorrer a soluções informais de satisfação de necessidades está relacionada essencialmente com a natureza dessas necessidades que são sentidas pelos doentes entrevistados mas às quais não é reconhecido um carácter de legitimidade pela instituição.

Desta forma, quando as vias formais de resolução de problemas não são eficazes, a opção a tomar pode aprender e desenvolver um caminho de contorno das normas instituídas, ou inventar novas formas de actuação. É aqui que a inventividade dos doentes é posta à prova. Num contexto de internamento hospitalar, com uma forte estruturação das dinâmicas, em que o controlo sobre os doentes é quase omnipresente, é nas brechas que o sistema insinua que surgem novas hipóteses de actuação e se aprendem novas formas de estar.

A ocultação de acções ou objectos parece ser aquela que mais possibilidades estratégicas tem no desenrolar desta via de resolução de problemas. Angela com vista à satisfação de uma necessidade adquirida há muito, mas que não é compatível com a dieta instituída no hospital, confessa:

“Só não nos dão é café, que eu fartei-me de pedir, mas a senhora das dietas, diz que não pode dar café, e eu... de maneira que vou ali ao serviço do lado, eles têm lá uma máquina na porta e eu vou lá ao café. Nem venho para aqui com o café porque não me faz muito bem, mas não posso passar sem ele. Mas bebo-o lá para as enfermeiras não se zangarem comigo.

Junta-se o útil ao agradável, satisfazendo uma necessidade imperiosa de café, zelando simultaneamente pela manutenção das boas relações com as enfermeiras e a imagem de “boa doente”.

Outro caso, não vivido na primeira pessoa, mas relatado por Paulo, revela um engenho que a necessidade determinou e que surgiu fruto de um elaborado processo de aperfeiçoamento: “Tinha outro [doente, no mesmo quarto], que guardava os comprimidos na almofada, depois de ter fingido que os tomava, e quando já tinha uns dois ou três, deitava-os pela janela ou [eu] encontrava-os na sanita. Noutra situação de Paulo ouvimos o relato do esquema engendrado por um doente cujos hábitos de higiene diária provavelmente consolidados durante anos, não são coincidentes com aquilo que o hospital preconiza nesta matéria:

“Muitos desenvolvem cenas para evitar a todo o custo ir para o banho, eu tinha por exemplo um senhor no meu quarto uma vez, que as enfermeiras e as empregadas estavam sempre de manhã a querer levá-lo para o banho e então ele, antes que elas viessem, ia ao lavatório do quarto e molhava o cabelo todo e punha-se a pentear-se quando elas chegavam e dizia que já tinha ido ao banho. Evitava a todo o custo ir para o banho.”

Preferindo o confronto à ocultação, outras formas de estar se evidenciaram, em alguns dos doentes entrevistados, na tentativa de se obter aquilo que o hospital aparentemente não valoriza ou não reconhece como necessário. Para António, a chantagem configura-se como um modo operativo eficaz para obter a mudança desejada em termos dietéticos.

“...pedi às raparigas da copa mais um iogurte ou outra a coisa, mas elas diziam sempre que só podiam dar o que estava marcado, então, falei com a dietista. Até tive que dizer que me ia embora se não houvesse mais facilidade com a alimentação e ela lá pôs os iogurtes.”

Este processo de chantagem parece condicionar uma inversão no “papel de doente”, tal como ele é defendido por Parsons, (Turner, 1995) em que o doente “tem a

obrigação de querer curar-se”, mas que, neste caso, ao ameaçar sair precocemente do hospital, responsabiliza a instituição pelo seu não-tratamento.

A exacerbação de queixas pode também ser uma via, para obter atenção dos técnicos de saúde ou acelerar o tratamento desejado, quando este tarda. Paulo aprendeu pela experiência e pôs em prática esta útil técnica de resolução de problemas:

“...umas vezes estive nos 40 de febre e pedia um cobertor porque estava a tremer de frio, eles lá iam ver... e com uns enfermeiros o cobertor aparecia logo, com outros nunca mais vinha... (...) Estas coisas... depois .. às vezes levam-nos a exagerar um bocado os sintomas com este ou aquele enfermeiro que já sabemos que vai demorar mais tempo a reagir.”

Parece poder afirmar-se a partir desta situação em concreto, que Paulo desenvolveu a capacidade de regular a intensidade das suas queixas em função do limiar de percepção de cada enfermeiro que está de serviço.

Configurando uma outra forma de perverter o funcionamento da instituição, com vista à obtenção daquilo que se acha necessário em termos de cuidados de saúde, Alberto revela que se fez valer da sua farda de bombeiro para chegar ao médico ultrapassando uma série de obstáculos institucionais:

“De uma outra vez tinha tido um acidente de carro, e precisava de ser visto pelo médico na consulta do hospital, mas a enfermeira veio-nos dizer que o doutor não vinha naquele dia, e eu tinha que ser visto... porque não me sentia bem. Aproveitei que estava fardado, com a farda dos bombeiros, entrei pelas consultas dentro e sentei-me ao pé do primeiro médico que vi: “Senhor doutor, veja-me lá isto aqui que eu não me sinto nada bem.” Ele viu-me e disse-me: “Vai já para a urgência para fazer lá um exame à cabeça”. Se não estivesse de farda se calhar, já tinha ido...[morrido].”

Mais uma vez a eficácia associada à inventividade. Usando a farda e o correspondente estatuto social como factor facilitador da penetração no núcleo do hospital, Alberto encontra uma forma de se diferenciar da mole de doentes que estavam nas mesmas circunstâncias. A farda assume nesta situação o papel que, representado por uma pessoa a rotularia de “cunha”.

Uma terceira tipologia de estratégias de resolução de problemas identificada, consistiu na aprendizagem e uso de mecanismos de defesa face à agressividade do contexto em que os doentes entrevistados estavam inseridos.

Se o desconforto que o doente sente está relacionado com a natureza da sua patologia e do prognóstico que daí advém, uma das opções tomadas para diminuir este mal estar pode ser o desconhecimento do diagnóstico em maior ou menor grau. Escolha que Teresa faz, já que quando questionada se percebe o que se passa com a sua doença, responde:

“Sim, o mínimo possível. Pronto, eu sei a doença que tenho, e não quero saber mais nada. Porque se não... então não há... Eu sei quais são os meus limites e para conseguir ter espaço e força para lutar por outras coisas lá fora... lá está... pelo meu filho. Para fazer o mundo girar lá fora, tenho que me abstrair o mais possível!”

Mantendo uma atitude de defesa, Teresa vai vivendo tão bem quanto as suas limitações lhe permitem, sinal de que o objectivo desta forma de estar é atingido.

Paulo quando surgem sintomas refere: “Não associo logo à doença, prefiro pensar que é temporário... ahhh... exijo indirectamente uma intervenção do médico que me faça um exame, qualquer coisa, que diagnostique a verdade, mas pensando que não tem nada a ver com a doença.” Do modo como Paulo pensa a doença, transparece alguma ambivalência entre aquilo que lhe é mais confortável - o temporário e que pode não ter a ver com a agudização da sua doença incurável - e aquilo que é a verdade crua – independente da sua vontade.

As reacções de defesa geradas por situações vividas em ambiente de internamento podem caracterizar-se pela fuga física à exposição ao estímulo causador de desconforto. Francisco, ao assistir à realização de um exame auxiliar de diagnóstico de natureza invasiva a um seu companheiro de quarto, e porque tem mobilidade suficiente para o fazer, opta por se retirar do quarto: “...eu até saí fui para a casa de banho, porque me fazia impressão, ainda me doía mais a mim do que ele e saí.”

Estas formas de agir, em função da satisfação das necessidades sentidas pelos doentes, revelam uma dinâmica interactiva que existe entre o desempenho do doente e aquele desempenho que o hospital condiciona. Neste movimento de sobrevivência, aprendem-se novas formas de fazer. O doente adapta-se com o objectivo de lidar com a situação e contornar os obstáculos, mantendo alguma irredutibilidade pessoal às normas que o hospital formal, ou informalmente, estabelece.

O internamento, na totalidade dos doentes entrevistados é reconhecido, como um período em que a actividade física é diminuta, senão mesmo nula. Por razões inerentes à

própria patologia e com especial incidência nos primeiros dias de internamento, ainda numa fase aguda ou sub-aguda da doença, este período pode ser passado em repouso absoluto no leito, havendo lugar a levantes progressivos ao longo da estadia. O sentimento expresso através da afirmação de que ao longo do dia no hospital. “...não faço nada...”, ou de outras formas similares, é transversal ao discurso dos vários sujeitos. O exemplo de Maria parece ser elucidativo: “Aqui não faço nada. Sinto-me parada. Estou internada não é? Não posso ir para a cozinha, não posso aspirar. Sempre fui muito activa.”

A estratégia encontrada por Maria para ultrapassar este tédio passa pela procura activa de actividade física conjugada com algum sentimento de utilidade e de produtividade:

“...pedi assim estes trabalhinhos para fazer: entretenho-me e auxilio, entretia-me assim, com qualquer coisa. (...) Dobro compressas. Assim em quatro partes [e dobra compressas, enquanto fala], e tenho que ver se estão todas limpinhas, porque depois servem para fazer pensos.. e outras coisas... aos doentes... e não podem estar sujas. (...) Já fiz estas espátulas. Estas temos que enrolar uma compressa na espátula e pôr adesivo. São para os doentes acamados, porque me aborreci de estar aqui sentada sem fazer nada todo o dia, pedi um trabalhinho, e até foi na brincadeira, pedi assim: “Ó senhora enfermeira, não tem aí assim nada para eu fazer para me entreter? Estou aqui a olhar para o tecto!” E ela disse: “Ai, quer trabalhar? Então vamos lá a isso!” E depois começou-me a dar estas coisinhas, para se eu quisesse fazer!”.

A geografia social do serviço, do ponto de vista do doente internado, confina-o a espaços bastante exíguos, que para além da sua unidade (constituída por uma cama, um armário, uma mesa de cabeceira e respectivo espaço circundante) se resumem ao refeitório ou ao espaço que compreende a entrada das instalações, na fronteira destas com o exterior. Mesmo o corredor ao longo do serviço que dá acesso aos quartos deve ser, mais do que um local de permanência, um local de passagem. Neste cenário o local de eleição para passar o tempo é a cama que se constitui como o ponto de partida para qualquer actividade, mas também como local de eterno retorno como demonstra Gabriel:

“Porque se a pessoa não tem dores, vem para o refeitório. Vê um bocado de televisão tá ali uma hora ou duas, fala com um amigo, fala com outro. Vai descansar um bocado à cama. Descansa um bocadinho, passa pelas brasas, e vai-se até à televisão, a ver se fala um bocado com uns e com outros e a pessoa lá vem e fala com uns e com outros. À noite é a mesma coisa (...) A maior parte

do dia passo-o deitado na cama. É chato, claro. Uma pessoa se tivesse um bocado de mais de acção... aqui tá o tempo que quer a ver televisão, depois come uma bolacha ou duas, vai até ao quarto e tá lá um bocado e depois volta para o refeitório, come mais uma bolacha... mais um bocado a ver televisão, e assim passa o tempo... Vai passando.”

A unidade de internamento tem, quer no sector de homens, quer no sector de mulheres um relógio em cada sala de trabalho de enfermagem. O acesso ao interior está vedado aos doentes, só entrando se tal lhes for indicado para realização de algum tipo de técnica mais simples. Assim na ausência de um relógio particular (que a existir, muitas vezes ficou no serviço de urgência, na espoliação de bens), a consulta do relógio, ou a procura da orientação temporal, faz-se por questionamento dos técnicos, de outros doentes, ou faz-se através do vidro da sala de trabalho, que só é visível de determinadas posições ou pontos do corredor.

Para grande parte dos doentes entrevistados o eixo de estruturação do quotidiano é centrado em torno das refeições. São elas a actividade organizadora do dia e é a partir delas que se aprende a contabilizar a passagem do tempo, como adianta Angela: “A gente de manhã levanta-se, vai à casa de banho, toma o pequeno almoço e depois anda por aí, aqueles que podem andar, até ao almoço e depois aqueles que querem comer, comem... e claro, vamos entretendo por aí, até ao jantar.”

Para Laura o ponto alto do dia parece ser a hora das visitas, sendo que quando esta termina se inicia um novo ciclo de contagem até ao outro dia e à próxima visita: “Levanto-me, tomo o banho, depois almoço e sento-me na cadeira um bocadinho: Dou um passeiozinho até lá adiante... E pronto, depois vêm as visitas.”

A ocupação do tempo disponível no hospital durante o internamento, é uma opção individual, no entanto a maior parte do tempo da estadia do doente no hospital é passada em momentos de observação do meio em que está inserido. Neste aspecto tem alguma importância o ponto da enfermaria onde o doente está instalado. Em cada sector de homens ou de mulheres, os quartos que estão instalados no centro da acção, isto é junto da sala de trabalho dos enfermeiros (e também no caso do sector de homens junto à sala dos médicos), revelam-se como locais óptimos, do ponto de vista da observação e inteligibilidade do funcionamento do serviço. A mobilidade individual influencia também a possibilidade de cada um adoptar pontos de vista diferentes que aquele que a estadia na cama proporciona, como afirma Maria: “Eu dos outros doentes não sei nada

porque eu não saio daqui do quarto, só quando vou ao banho, vejo que há outras que se queixam mais ou que se queixam menos.”

Para Francisco a actividade diária oscila entre a leitura do jornal, pela conversa com os companheiros ou pelo auxílio destes, quando é oportuno. José, sendo invisual, ao invés do que faz em casa, e porque não conhece “...os cantos à casa...”, e “...nem sequer trouxe a bengala”, passa, à excepção do período da manhã em que está sentado, o dia todo na cama. Teresa definindo-se como uma leitora que privilegia livros, alterou os seus hábitos para as revistas que retratam a vida social das personalidades já que o ambiente no quarto não é propício a uma leitura cuidada: “Não consigo ter sossego! Vem uma empregada e fala! Vem outra e bate com a esfregona! Não há aquela paz, o ambiente não é propício a uma boa leitura, portanto a minha leitura passa pelas revistas da «Hola», pronto... é para o que dá!”. Esta apreciação parece comportar, mais do que uma crítica à dinâmica do serviço, uma constatação de que a sua natureza não permite efectivamente ter o sossego necessário para a leitura.

Nos casos de Beatriz e de Paulo a gestão de algum do tempo livre faz-se pela meditação. Beatriz sente-se no entanto aborrecida, porque nos momentos em que está sozinha se põe: “...a pensar naquelas coisinhas, da nossa casa... e da nossa doença: «Se serei bem operada. Se ficarei bem se ficarei mal. Se irá custar muito. Depois como é que eu fico?»”. Paulo afirma que: “...a pessoa tem que aprender a estar bem com ela própria, e a ler muito, a pensar muito e a olhar muito pela janela.” O tempo livre proporciona assim momentos de reflexão e introspecção que se traduzem num desenvolvimento pessoal a partir da aprendizagem realizada no decurso de uma vivência prolongada consigo mesmo.

Teresa entende ainda a hospitalização como uma ruptura com o modo de vida exterior ao hospital, sendo esta ruptura total na medida em que em termos de actividade, os dois contextos são completamente opostos: “Temos sempre qualquer coisa para fazer e aqui não há nada para fazer!”.

Um número maior de internamentos anteriores não parece trazer uma mais valia muito acentuada nos doentes crónicos, no modo como estes ocupam os seus tempos livres no hospital. Aparentemente a socialização ao papel de doente tal como é referido por Parsons e que implica a desresponsabilização dos seus papéis sociais normais, a par da interiorização da obrigação de se submeter a um tratamento e de se querer tratar (Turner, 1995), conduz inexoravelmente a uma atitude de passividade que Angela

ilustra colectivamente: “Estamos à espera a ver o que é que dá. Chegamos um ponto que nos custa estar aqui, mas claro, tem que ser. Temos que aguentar até ver.”

A aprendizagem do papel de doente, decorre ao longo de um complexo processo de socialização ao novo ambiente em que o indivíduo é integrado. Esta mudança de mundo e de desestruturação dos papéis anteriormente desempenhados pode reflectir alguns contornos do que Luckman e Berger (1999) classificam como “processos de ressocialização”. Uma das condições necessárias para um processo de ressocialização é a existência de uma estrutura efectiva de plausibilidade: “...proposta pelos outros significantes com os quais [o indivíduo] deve estabelecer forte identificação afectiva” (p.164). Num serviço de internamento é pelos técnicos de saúde, em relação aos quais o doente facilmente desenvolve uma atitude de respeito e afectividade, que é determinada a consistência do contexto e das novas regras de conduta, na linha do que defendem os mesmos autores:

“A estrutura de plausibilidade deve tornar-se o mundo do indivíduo, tomando o lugar de todos os outros mundos, em especial o mundo que o indivíduo “habitava” antes da sua alternância. Isto exige a separação do indivíduo dos habitantes dos outros mundos, em particular dos “coabitantes” do mundo que deixou para trás.” (Ib., p.165).

O internamento através do serviço de urgência, constitui-se como um processo institucional de iniciação que permite uma mudança efectiva do mundo do indivíduo e uma intervenção dos socializadores na passagem de um mundo para outro. Com efeito, a mudança do estado de *não internado*, para o estado de *internado* envolve um período de transição que envolve rituais específicos - a passagem do mundo profano do senso comum, ao sagrado da tecnicidade - próprios de um serviço de urgência: mudança de vestuário, isolamento social, remoção da identidade externa ao Hospital e atribuição pela instituição de uma nova identidade, devolvendo o indivíduo ao mundo com um novo estatuto. Este rito de iniciação ao hospital, vivenciado pelo sujeito, pode mesmo constituir-se como uma experiência com contornos de humilhação em virtude de exposição a que é submetido num contexto que lhe é, senão total, pelo menos parcialmente desconhecido.

A experiência em permanência de uma situação de internamento hospitalar com tratamentos ou exames invasivos, bem como uma nova linguagem e novos personagens, produz no indivíduo, pela sua intensividade, uma nova matriz da realidade, em que,

contribuindo para a construção desta nova visão, se verifica a necessidade incutida no doente, ou por este sentida, de ter que aceitar um internamento, na linha do que Dubar (1997) defende como técnicas que asseguram um forte compromisso pessoal e identificação com o futuro papel visado.

Das concepções dos direitos e deveres que o doente tem, manifestadas pelos sujeitos entrevistados, emergem fundamentalmente dois níveis de existência em que o doente parece circular. Um nível mais elementar e primário que deriva da própria condição humana, e não directamente do facto de estar doente; e um outro nível que surge em função da qualidade de doente. No primeiro nível ao doente deve ser garantido o respeito pela sua pessoa como afirma Teresa:

“É como tudo na vida, começa por aí... o doente tem o direito de ser respeitado e deve também respeitar. O doente deve respeitar toda a gente desde a senhora da limpeza até ao médico e o direito a ser respeitado também. Mais,... eu sei lá, acho que é o comum, é o bom senso. Isso não é as paredes do hospital que mudam.”

Num segundo nível, que advém da qualidade de estar doente, este tem o direito a ser bem tratado, de acordo com os cuidados que a sua situação determina e, simultaneamente, tem o dever de aceitar passivamente aquilo que lhe é proposto ou dirigido. Sendo que a não aceitação pode ser entendida como falta de confiança: “Tenho que confiar, sem essa base de confiança cria-se ali uma animosidade, um desconforto entre o doente e o médico.” (Teresa), ou até de respeito:

“O dever... tem que cumprir, tem que manter. Não vai discutir com o médico ou com a enfermeira. O dever dele é esse. É respeitar as pessoas. Não vai faltar ao respeito. Se a pessoa me está a ajudar a mim, se eu lhe falto ao respeito, a pessoa amanhã volta-me as costas e eu... vou à viola... porquê? Porque eu não o respeitei.” (Gabriel).

Ao adoptar esta postura, faz algum sentido, do ponto de vista do doente internado, passar a encarar-se as relações entre doente e técnicos de saúde como relações de poder, em que os primeiros reconhecem aos segundos um poder de acção sobre si. Esta postura materializa-se ao longo do discurso de alguns dos entrevistados em termos quase hierárquicos como: *obedecer e cumprir às ordens* que o médico ou o enfermeiro dá, (ou *manda*).

O papel do doente, é ainda visto, no caso do Alberto, como devendo estar em sossego na cama, numa concepção de que o tratamento da doença se faz desempenhando um papel de passividade. “O doente é... estar em sossego na cama, comer, servem-lhe o comer ou vai ao refeitório. Se não puder comer dão-lhe de comer.”

Reagindo a esta forma de entender o doente como objecto passivo de intervenção de técnicos, Paulo posiciona-se de uma forma crítica face à forma como a visita médica decorre. Nesta, segundo refere, a presença massiva de técnicos, dos quais nem todos são conhecidos pelo doente, pode ser inibidora de o próprio doente desempenhar um papel activo na discussão do seu caso. Não obstante a constatação desta realidade, Paulo deixa transparecer algum sentimento de impotência face ao desenrolar da mesma e de não estar no seu horizonte de possibilidades evitar este desconforto:

“Mas, na questão do doente, ver ali uma equipa à volta dele... assusta-se e pensa assim: “Poças! O meu caso é mesmo grave! [Qual é o seu papel nessa visita?] Não intervenho quase, e também acho que... a situação também era uma bocado constrangedora para eu intervir, perante pessoas que até... eu até nem sabia que tipo ou que qualidade de intervenções é que eu poderia ter.”

Alvitrando no entanto uma sugestão:

“Acho que até devia haver uma preparação diferente do doente para esta situação. Se todos aqueles médicos me tratassem ou desde o início me acompanhassem, se tivessem um trabalho de equipa mais facilmente detectável... estive só com alguns deles e separadamente. Mas para muitos sinto-me um estranho! Como é que eles me podem aparecer ali assim na visita e me vão conhecer? alguns até parece que estão lá contrariados!”.

A visita médica nestes moldes nutre uma postura de passividade e constrangimento que o doente aprende sem sequer se aperceber conscientemente.

2.2 - REPRESENTAÇÕES ACERCA DA INSTITUIÇÃO

2.2.1 Funcionamento da instituição

Da análise das entrevistas realizadas a doentes internados, emerge a noção de que cada indivíduo, em particular, constrói uma representação única do que é o hospital, e em que consiste uma dinâmica de internamento hospitalar. Esta noção é elaborada mobilizando a experiência individual de vida e do contacto que tiveram nesse percurso com a realidade hospitalar. Momentos como internamentos de familiares e amigos ou os informação proveniente dos meios de comunicação social, revelam-se bastante importantes na construção de um mapa cognitivo prévio representativo do hospital, que condiciona inevitavelmente a forma como o indivíduo ao ser hospitalizado integra o seu novo papel de doente internado. Ainda assim, a experiência de internamento vivida na primeira pessoa reestrutura a concepção individual do que é o hospital, sendo de salientar a avaliação da dimensão relacional por parte dos técnicos, aquela que é alvo de mais agrado, como transparece do relato de João, cuja anterior representação do hospital não é de todo coincidente com o seu conhecimento actual:

“[O que é que é diferente aqui no hospital do que estava à espera?]. Acho que é quase tudo diferente. Por exemplo na maneira como tenho estado a ser tratado, é melhor do que pensava. [Em que aspecto?] Vamos lá a ver, na limpeza, na comida e... na atenção que as pessoas nos dão. Tinha uma certa informação dos telejornais e das revistas e de outras coisas e pensava que era pior. Tenho um amigo que é toxicodependente, (eu sou ex-toxicodependente) e esteve internado no Hospital J., mas lá trataram-no muito mal e amarraram-no à cama, para fazer os tratamentos, e ele até fugiu duas vezes, mas piorou e foi lá parar outra vez. Então eu vinha com algum medo que também me vissem como toxicodependente, e foi melhor nisto do que eu tava à espera.”

De uma forma geral a imagem que os indivíduos entrevistados tinham do hospital era bastante mais negativa do que se veio a verificar. Para Paulo a perspectiva do internamento era “aterrorizadora”, admitindo no entanto que nunca tinha ido a um hospital: “Eu tinha uma imagem mais negativa, de mais indiferença no trato social, mais sofrimento do que aquilo do que vi aqui. Pensei que houvesse mais frieza com as pessoas. E desmistificou-se isso completamente.”

Alberto tendo por base a experiência de uma vida profissional em contacto frequente com o hospital sente-se também bem impressionado relativamente às suas expectativas iniciais:

“A experiência de estar internado, confesso, quando vim pela primeira vez e fiquei internado, fiquei surpreendido com a maneira como sou tratado no Hospital, porque enfim... eu fui profissional dos bombeiros durante 36 anos, e desde 1945, e via que nos hospitais... era uma tristeza entrar-se no hospital, não havia humanidade, logo, vejo no hospital uma grande parte de humanidade. Quer da parte da enfermeira quer da parte dos funcionários, como da parte dos médicos. Essa é uma parte que eu tenho que vincar com sinceridade.”

O mesmo tipo de sentimento é salientado por Beatriz : “...julgava muito pior, ouvia dizer...”

Para além de reformular concepções de hospital e de dinâmica hospitalar, o internamento vivido por Francisco, deu-lhe também a possibilidade nas suas palavras de contactar com uma realidade completamente nova e classificada até em certa medida surpreendente:

“Pessoas [doentes] que fazem tudo na cama, todas as necessidades, fazer... tudo do pior que pode haver, e aquelas pessoas [os enfermeiros e os auxiliares] estarem ali a ir lavar a ir levantar, a ir fazer tudo, fazer todas aquelas coisas ao doente. Coisas que a mim não me passava pela cabeça que isso pudesse ser feito assim.”

Ao longo do discurso dos doentes entrevistados, não são reconhecidas ao hospital outras funções para além daquelas de que os doentes beneficiaram de uma forma visível, e que são perceptíveis de um modo mais imediato, como a assistência na doença e resolução desta. Aspectos como a investigação científica, com vista à produção de conhecimento, não são referidos. A formação e reprodução do conhecimento no hospital é referida, não parecendo ser entendida, no dizer de Maria como uma função importante do hospital, mas sim, um, entre outros aspectos secundários: “Vêm de manhã e não vem o Dr. Costa, vem uma daquelas mais novas [médicas] que aí andam com ele. Parece-me que andam a aprender com ele, e vêm tirar o sangue e às vezes ver a tensão e outras coisas assim.”.

A necessidade de internamento, relativamente aos doentes entrevistados, é determinada em atendimento no serviço de urgência num hospital próximo àquele em que decorreu o estudo, pelo que a entrada no hospital em que estão internados se faz obrigatoriamente através de transferência em ambulância. Os mesmos vidros opacos que protegem o doente, que é transferido em ambulância, da curiosidade alheia, impedem-no também, (nos casos em que o seu estado de saúde permite), de se aperceber do trajecto que é feito entre hospitais e, já dentro do hospital de destino, de ver o percurso até à porta do serviço onde vai ficar internado temporariamente. À pouca visibilidade para o exterior da ambulância, que decorre da posição horizontal de quem vem de maca, podem estar aliados outros factores como a influência de fármacos sedativos ou uma grande ansiedade face ao desconhecido que no curto prazo enfrentará. Estão criadas as condições para uma profunda alteração dos sistemas de referência física do indivíduo que é hospitalizado, como afirma Paulo: “...eu completamente passado, vinha de maca das urgências e drogado. E caí... caí cá de pára-quedas. A sensação de entrar no hospital para ser internado foi muito confuso, não consigo ter a recordação exacta do que foi.”

Para Paulo o conhecimento da geografia física do hospital, apesar de uma frequência do hospital algo assídua, ainda é insuficiente e problemática:

“No exterior do hospital até me oriento, agora cá no interior não. Se vier lá de fora para aqui sei o caminho, mas cá dentro, numa parte fora desse caminho não me consigo movimentar, e no entanto já saí daqui muitas vezes, fui daqui para a cirurgia... Tudo o que é no interior dos andares... é téntrico! E depois não há sinalização muito visível. Depois se olharmos uma segunda vez até pode lá estar um sinal ou haver uma setinha, mas não está no sítio certo. Eu vejo frequentemente, e eu há um ano e tal que ando aqui e tenho que perguntar sempre ao empregado como é que vou ao bar, como é que vou para a patologia clínica, como é que vou para ali ou para acolá.”

A estrutura primitiva das instalações do hospital, com origens no século XIX, não previa a utilização que hoje, ainda que após múltiplas adaptações lhe é dada, facto que também condiciona a circulação dos doentes dentro da própria instituição. “Há poucos acessos no interior. E agora que tenho andado debilitado, tive que subir escadas... rampas não há muitas, os elevadores funcionam periodicamente e num hospital então... No exterior já me queixo imenso, e aqui no hospital...” (Paulo)

De um modo geral os doentes entrevistados não tinham um conhecimento muito preciso da estrutura do hospital para além das fronteiras do serviço onde estavam

internados. Este factor concorre também para um aumento da alienação do doente face à realidade que o rodeia. Nesta perspectiva Beatriz afirma: “Eu até aqui nos primeiros dias me perdia aqui nas enfermarias.”. Nos casos em que havia algum grau de conhecimento da organização espacial do hospital, este advinha de um contacto prévio com o hospital enquanto visitante de pessoas amigas, como a Laura ou em regime de voluntariado, como a Angela. Nos internamentos mais longos como o de Gabriel, que tinha estado anteriormente internado noutro serviço, a geografia do hospital também era já familiar.

Da análise das entrevistas realizadas, transparece que o percurso de integração no serviço de internamento, dos indivíduos hospitalizados se faz por processos pouco explícitos e bastante informais. Quando se referem ao modo como aprenderam a distinguir os diferentes tipos de técnicos que circulam no serviço, ou como é que se aperceberam das rotinas instituídas, a maior parte dos sujeitos do estudo não explicita essas aquisições de uma forma clara, ou não tem uma percepção muito consciente do modo como realizou essas aquisições, o que se traduz numa aparente dificuldade em objectivar aquilo que foi observado. No caso de Angela a distinção feita entre os vários técnicos parece ser baseada na intuição: “Conhece-se essa diferença entre o médico, a empregada e a enfermeira. A diferença é a categoria da pessoa, e é a maneira de tratar e a maneira de ser, e claro, cada um tem a sua categoria.”

A observação e a reflexão estabelecem-se como as principais vias de construção do conhecimento sobre o modo como o serviço opera. Os longos períodos em que o doente se encontra sem ser solicitado, por parte dos técnicos proporcionam a observação de uma actividade por vezes fervilhante num serviço de Medicina Interna, corroborando Francisco esta ideia: “Ninguém me disse nada [como funciona o serviço], eu é que fui vendo como é que funciona.”

Estas aprendizagens processam-se de um modo muito informal, sem mediação, e sem intencionalidade por parte do aprendente. A dinâmica da instituição não parece estar ao serviço da integração do doente, ou da aprendizagem deste acerca do modo como a mesma funciona. Esta construção do saber resulta antes de um processo apelidado por Hrimech (1996) de aprendizagem implícita ou inconsciente, em que o conhecimento se produz de modo independente em relação às tentativas intencionais de aprendizagem, ou na perspectiva de Pain (1990) o conhecimento do modo como o serviço de internamento funciona, e até o hospital em geral, ocorre como uma espécie de co-produto do próprio internamento.

O serviço é percebido como tendo uma dinâmica própria, segundo a qual os diferentes técnicos vão desempenhando os seus papéis e desfilando ao longo do dia, sendo que as companhias mais constantes, para um doente internado, são os outros doentes nas camas contíguas. Os horários de entrada e saída dos profissionais, as características das fardas, as funções e até a qualidade das relações interpessoais entre os vários técnicos podem ser facilmente apreendidas pelos doentes, como refere António: "...e até já senti também uma ou duas vezes discussões entre as enfermeiras ou entre as médicas e as enfermeiras quando estão lá em desacordo entre elas."

A estruturação da actividade do doente no serviço parece estar condicionada à lógica da disponibilidade que este deve demonstrar para ser observado ou requisitado pelos técnicos de saúde e de entre estes em especial o médico. Informalmente o doente interioriza que deve estar disponível, para quando o médico, no dizer de Angela: "...passa revista..." aos doentes. Esta revista subentende a possibilidade de o doente ser observado exteriormente, mas também interiormente através da auscultação ou da análise de exames laboratoriais.

Aos já de si restritos espaços de circulação dentro do serviço, parece estar aliada uma necessidade de permanecer junto à respectiva unidade dada a possibilidade de ter que ser intervencionado. Estes dois factores conjugam-se numa norma mais ou menos formal, que o doente aprende, que não pode sair do serviço de internamento sem autorização do médico. Paulo chama a atenção para este facto:

"Tive sorte porque fiquei sempre com janela [junto à cama], porque isto é um bocado claustrofóbico. E depois a situação quando melhoramos e nos apetece mexer e ir apanhar um bocado de ar, quando se pode né? Apetece-nos ir ao jardim. (...) Se posso fazê-lo? Não posso não! Diziam-me que eu não podia sair aqui do serviço, porque o médico podia vir para me ver, e eu não estava ao pé da cama!"

Este sentimento é também demonstrado por Teresa que, de forma crítica, fala sobre a impossibilidade de sair do serviço, parecendo conformar-se com esta regra, não sem no entanto revelar alguma perplexidade quanto à aparente falta de clareza das razões da própria regra:

"por exemplo: eu fumo, e hoje resolvi que não queria cá visitas e ter que pedir o favor a alguém de me ir comprar um maço de cigarros porque eu não posso atravessar a rua para ir comprar um maço de cigarros! (...) Não posso porque

estou no hospital, estou de pijama. De certeza que o hospital não me vai permitir isso, o que é normal...”

O pijama é percebido por Teresa como uma forma de controlo social dos doentes dentro do hospital: “No fundo a única diferença entre entrar no bar e jantar lá e não poder entrar é o pijama! Porque se eu tiver alta agora e for lá abaixo vestida normalmente deixam-me entrar e como o que eu quiser.”

Paulo, de forma crítica, expressa ainda outra percepção que o doente internado pode ter e que é reveladora da lógica que subsiste à organização dos serviços de saúde. Estes parecem, do ponto de vista do doente estar organizados de forma indiferenciada relativamente aos doentes, sendo que as possibilidades de acção de uns são condicionadas pelas regras impostas a outros. “No caso dos toxicodependentes eu até percebo isso, porque saíam e iam lá para fora vender o que roubavam cá dentro, ou iam buscar droga mesmo. Agora no meu caso, que eu já me sentia bem, e me apetecia ir comer ao bar não me deixavam ir.” Ou como afirma Teresa:

“Nós não podemos ir aqui ao bar abaixo! Já me explicaram que houve doentes que eram diabéticos e iam lá abaixo e pessoas que não podiam beber cafés e iam lá abaixo beber. Mas por exemplo. Em vez de proibirem os doentes de ir ao bar: àquelas pessoas como eu que não têm limitações, davam-lhe um cartãozinho e tinha acesso a comer no bar.”

A forma como as actividades do serviço estão organizadas é, neste aspecto reveladora de uma organização compatível com a lógica tayloriana do “one best way” em que a necessidade de manter o doente junto à unidade é optimizadora dos tempos de execução das tarefas médicas. Estabelece-se de resto neste aspecto, e em outros, um padrão de procedimentos e de normas que são dirigidos ao doente médio como forma de rentabilização dos procedimentos, e que este interioriza de forma tendencialmente passiva.

António é bastante crítico relativamente às rotinas do serviço, a que não é alheia uma estadia no hospital que dura já há cerca de três meses. Uma vivência prolongada neste ambiente, e a persistência de uma doença crónica que não evolui, promoveu um conhecimento profundo sobre as dinâmicas do internamento, não deixando muito espaço à possibilidade da surpresa, porque os dias fluem lentamente: “Já sei que... já sei os horários todos. Isto é assim: de manhã come-se, à 1 h come-se, às 4 h come-se, às 7 h come-se, e às 9 h... um gajo tenta dormir.”

Outra forma de controlo social que é apercebida pelos doentes passa pelo incutir de sentimentos de culpa no doente ou na família face ao facto de este não colaborar no regime terapêutico que lhe é imposto pelo Hospital fazendo-os interiorizar um papel do doente obediente, cumpridor de regras:

“...mandam vir a comida de casa e a comida de casa às vezes faz-lhe mal e depois vêm as enfermeiras e ralham com as famílias: «A senhora trouxe-lhe isto e aquilo e ela sentiu-se mal por isso não pode trazer comida!» (...) convém, a dieta que os médicos põem, dão-nos quase tudo (para aqueles que podem comer de tudo).” (Angela)

A natureza da prestação de cuidados realizadas no serviço de internamento é percebida pelos doentes como podendo assumir uma enorme variedade de actividades. Em alguns casos esta polivalência do conjunto dos funcionários pode mesmo ser apreendida com algum grau de surpresa pelos doentes: “Fazem tudo se for preciso.”, como afirma Francisco, que reforça mais adiante: “Coisas que a mim não me passava pela cabeça que isso pudesse ser feito assim.”

No entendimento dos doentes entrevistados, a organização dos cuidados de saúde dentro do serviço parece ser, em linhas gerais, dependente das decisões do médico, pelo papel que lhe é conferido de detentor de um poder-saber quase absoluto. No entanto outras personagens são entendidas como tendo alguma capacidade de organizar as dinâmicas em jogo, como é o caso da enfermeira chefe que é vista, por Teresa, como assumindo funções de gestão e como eixo de estruturação do próprio serviço:

“Mas isto também acontece porque aqui por trás existe uma enfermeira chefe que está sempre em cima de tudo, muito disponível, ela tanto está a pedir uma colaboração à senhora da limpeza, a dizer que não devia ter posto aquele detergente ali, como a seguir está a combinar qualquer coisa com o médico. Está ali tudo organizado, no fundo até dá segurança.”

De uma forma geral os doentes entrevistados sentem-se satisfeitos relativamente ao seu internamento. Em investigação referida anteriormente Cabral *et al*, admitem como possibilidade justificativa para o facto de se registarem elevados níveis de satisfação dos doentes em relação aos serviços de saúde, a ocorrência de um fenómeno apelidado de *gratitude bias*. Segundo esta teoria, o facto de estarem em jogo, no hospital, valores tão altos como a qualidade de vida ou a própria vida, torna-se

secundário o modo como os doentes foram recebidos e tratados no internamento. Também o desconhecimento por parte dos doentes do modo como o tratamento deve ser feito o leva a aceitar submissamente aquilo que lhe é sugerido. Torna-se neste aspecto particularmente elucidativa a afirmação de Francisco: “Tem sido sempre tudo gente que me tem dado esta vida até hoje.”

A satisfação de alguns doentes parece estar relacionada com as expectativas que tinham no período inicial do tratamento, nomeadamente no medo que sentiram relativamente aos tratamentos invasivos de que seriam alvo, ou nos níveis de humanização na relação entre técnicos de saúde e doente. O aspecto gerador de satisfação mais referido nas entrevistas tem exactamente a ver com o elevado grau de qualidade na relação estabelecida entre doentes e técnicos de saúde, como afirma Teresa

“... eu não tenho razão de queixa, (e disse-o já à Enfermeira-chefe! acho que há aqui pessoas... espectaculares, que vão acima do que é exigido em termos de relação humana. [Acha que a sua imagem do hospital agora é diferente?]. Nesse aspecto do carinho e apoio e atenção que temos, e que recebemos de quem cá trabalha, é muito mais positiva agora.”,

Em jeito de balanço esta doente afirma ainda:

“Mas digo-lhe a minha avaliação deste hospital (e eu não conhecia de todo), é extremamente positiva. E outra coisa ainda que é muito importante aqui é haver só três camas em cada quarto, porque eu já conhecia outros de ir ver família e amigos a outros hospitais, mas noutros sítios vi quartos com muitas camas que parecem uma camarata. Mas assim penso que é o ideal. A pessoa entra nos outros [hospitais] como visita e dá vontade de fugir, até vi casas de banho para não sei quantas pessoas. Tudo isso! Aqui é espectacular até temos uma casinha de banho no nosso quarto! É muito agradável!”

demonstrando que o conhecimento do hospital se produz muitas vezes por um processo de reestruturação das aprendizagens produzidas noutros contextos de internamento, seja do próprio indivíduo, seja do contacto com familiares ou amigos, no papel de visita. Processos de comparação com a informação veiculada na comunicação social ou através de relatos de amigos, podem também estabelecer uma nova imagem do que constitui uma situação de internamento.

Angela, na qualidade auto assumida de doente com experiência, revela: “Eu aqui ainda não tinha aqui estado internada, mas não noto grandes diferenças. Só tinha estado

internada nos hospitais do D., do M., e do C. Sou bem tratada. Em qualquer hospital tenho sido bem recebida e bem tratada.”

No aspecto da satisfação, relativamente ao internamento, Francisco distingue-se dos outros doentes entrevistados, pelo desconforto que manifesta pelo excesso de rotinização das práticas e pelo facto de os doentes não serem, na sua perspectiva, tratados com a atenção que se impõe:

“Acho que são todas iguais (as medicinas). Acho que é só manter ali o doente, e ou ele recupera por ele próprio e com a medicação que lhe estão a dar ou então não fazem quase nada. Como estão a dar atenção ao velhote que está ali ao meu lado. Agora estão a dar-lhe atenção, mas ele ainda há 2 dias estava a ir por ali a baixo. Estava a morrer com asfixia. Ainda ontem eu disse isso ao médico. Mas de resto... o que é que falha? Portanto, o dia tem 24 horas, têm 3 fornecimentos de medicação, o termómetro, a tensão, boa noite..., até amanhã!”

Quando questionados sobre a possibilidade de estar ao seu alcance a implementação de mudanças no serviço, a maior parte dos doentes optou por responder que, no seu entender, não haveria necessidade de transformações na dinâmica do serviço, uma vez que o funcionamento era bastante satisfatório.

A este propósito Morrison (2001), questionando-se sobre a razão dos doentes serem tão pouco críticos acerca dos cuidados recebidos, sugere algumas hipóteses relacionadas com o facto de a maioria dos doentes terem um baixo «estatuto» relativamente ao ambiente social do hospital. Outros não sentem ter qualquer poder de decisão acerca do que lhes acontece, ou têm mesmo medo de possíveis represálias dos funcionários do hospital.

Das sugestões que foram feitas salientam-se aquelas que surgem como aparente reacção ao tédio que afecta a maioria dos entrevistados por falta de ocupação do seu tempo livre no hospital. Para Paulo e para Maria, se a mudança estivesse a seu cargo, implementariam actividades para os doentes desenvolverem no hospital, se assim o desejassem. Maria possibilitaria o trabalho que actualmente faz (dobrar compressas) a outros: “Não vejo nada... [que mudasse] neste mês que cá estive. Acho que elas cumprem com o dever... talvez arranjasse mais destes trabalhos para os doentes que estivessem sem fazer nada. Talvez.” Paulo vai mais longe, prevendo, por parte do hospital, um recurso aos doentes, que lhes permitisse alguma continuidade com a vida exterior ao hospital, empregando os saberes que mobilizam no seu quotidiano:

“Acho que mesmo aqui os próprios doentes podiam trabalhar no hospital. Alguns, nas tecnologias, poderiam fazê-lo. Até há doentes que vêm de tão diversas áreas de saber que poderiam ajudar enquanto cá estão, em aspectos burocráticos por exemplo. Não seria de impor mas poderia haver situações atractivas dessas. Eu colaboraria.”

Não obstante um sentimento generalizado de satisfação face à prestação de cuidados de saúde de que foram alvo, de entre os doentes entrevistados, salientam-se algumas críticas efectuadas ao modo como o serviço está organizado, ou a aspectos pontuais da dinâmica do internamento.

Alberto propõe uma reconfiguração da própria organização do hospital, alterando os critérios de organização dos doentes, afirmando que os serviços do hospital deviam estar organizados em função do grau de dependência dos doentes, e não pela natureza da patologia, pois no sistema actual geram-se situações de grande desconforto já que doentes independentes estão ao pé e doentes extremamente dependentes:

“E não é assim como aqui... como no meu caso em que tive um edema pulmonar... tenho os meus neurónios todos a funcionar bem, tenho uma visão boa, o ouvido está mais ou menos. Estou sujeito a estar ao lado de um doente que se borra a toda a hora, não fala, não come. É isto, é aquilo... etc.”

Alberto chama também a atenção para o facto de por vezes ser difícil obter a ajuda de um médico dentro do serviço:

“...o médico é que eu tenho visto pouco, tive que exigir um dia um médico, para me passar um comprimido para dormir. Quase que tive que meter um requerimento ao ministro da saúde, porque não estava prescrito. Tinha que ser o médico. (...) O senhor doutor devia de vez em quando passar uma ronda, ver se os doentes estão a dormir, a ver se precisam de alguma coisa.”

Aspecto que também é realçado por Paulo:

“O facto de os doentes solicitarem muitas vezes informação e o médico não aparecer ou não estar, estarmos muito tempo à espera. Então ao fim de semana parece impossível, às vezes! E a partir das três da tarde estamos nas mãos dos enfermeiros. Eu sei que é um médico que fica só para as situações de urgência, mas é insuficiente, mesmo assim. Devia haver uma maior presença do médico cá.”

2.2.2 - Os actores

O médico parece constituir, no entender dos doentes entrevistados, um eixo central e organizador do trabalho da equipa que actua no serviço de internamento. Esta centralidade na dinâmica hospitalar advém de uma relação íntima com o saber, que pelas possibilidades imensas que encerra é uma importante fonte de poder estratégico dentro do serviço.

O papel central do médico é de tal forma evidente, que a designação deste papel profissional em particular, que entre outros é responsável pela produção de cuidados de saúde, ao longo do tempo aglutinou em seu redor a maioria das práticas de cuidados de saúde, estigmatizando aquelas que não partilham o seu universo conceptual. Assim o termo médico aparece hoje difundido por grande parte das práticas relativas à saúde: são as chamadas *ciências médicas*; os auxiliares, que embora nem sequer trabalhem de uma forma próxima com o médico, são chamados *auxiliares de acção médica*; o *acto médico* é hoje extensível a quase todas as actividades que se fazem no hospital; os “não-médicos” produtores de cuidados de saúde são, em determinados contextos, chamados *paramédicos*.

Esta concepção do médico como detentor do saber, é bastante partilhada por todos os doentes entrevistados, que lhe conferem um estatuto de autonomia no seu desempenho profissional. No entender destes doentes o desempenho do médico está fortemente conotado com uma actividade cognitiva intensa, já que ele é responsável por se inteirar de tudo o que se passa com os doentes, constituindo-se quase como uma entidade onnisciente, como refere Francisco: “... sabem logo tudo o que se passa.” A esta relação próxima com o conhecimento está também associada uma capacidade quase enigmática de decodificar e controlar a informação que se encontra nos processos individuais de cada doente, como afirma Gabriel: “...o médico, tá mais dentro do arquivo [processo], dá a volta ao doente e dá a volta ao arquivo.” Talvez porque a inteligibilidade do processo só esteja ao alcance do médico, no entender de João, é então este que regular, e legitimamente, o transporta consigo: “Usam pastas [os médicos]. Com os relatórios lá dentro, e as enfermeiras não.”

O desempenho do papel do médico parece também contemplar uma dimensão relacional com o doente, mas limitada à função que visa a aquisição de saber por parte do médico, como demonstra Manuela: “...vêm falar connosco. Quando entrei para cá, vierem uns tantos falar comigo, que eu tinha aquelas febres. De onde vinham e de onde

não vinham [as febres], e pronto e perguntam e depois vão receitar e mandam fazer, aqueles exames.”

Como corolário do domínio e posse de um saber essencial à função do hospital, ao médico são reconhecidas competências de responsabilidade e supervisão (quase militar) sobre o próprio serviço de internamento e por extensão aos serviços de saúde, sendo demonstrativas expressões como: “passar revista aos doentes”; “mandam fazer” e “saber como é que o doente se está a portar”. No dizer de António: “O médico é o expoente máximo dentro da enfermaria.”

Do ponto de vista dos doentes entrevistados a figura da enfermeira estabelece-se como de grande importância, já que é o profissional dotado de algum conhecimento técnico que está em permanência no serviço. Para além de algum conhecimento diferenciado relativamente aos aspectos da patologia e do seu tratamento, a enfermeira é entendida pela maioria dos doentes como tendo competências específicas na área relacional: “Se for preciso riem connosco para nos animarem.” (Francisco). Nas palavras de José a enfermeira faz o acompanhamento do doente internado: “...a enfermeira dá também assistência moral ao doente, incentiva-o, faz com que ele se torna mais dócil quando ele é mais rebelde...”. Nesta afirmação de José em que a enfermeira é visto como alguém que pode impor a ordem no comportamento dos doentes, reflecte-se aquilo que Carapinheiro, defende quando refere que os enfermeiros são “...os principais agentes do controlo social dos comportamentos dos doentes, na salvaguarda da disciplina hospitalar...” (1998, p.271).

A enfermeira pode também constituir um meio para ter acesso ao médico se a situação o justificar, ou no caso em que este não possa estar presente é a enfermeira que o substitui, como refere ainda José: “Está mais directamente subordinada às ordens do médico, e o médico como não pode estar sempre, delega nela aquele trabalho que ele não faz durante o resto do serviço, visto que tem que ter um desdobramento.” A questão da dependência da actuação da enfermeira face às decisões tomadas pelo médico é um carácter identitário comum na concepção dos doentes entrevistados do que é o trabalho deste profissional de saúde. O papel da enfermeira define-se por referência ao papel do médico. Todo o desempenho profissional da enfermeira se parece estabelecer numa forma de subordinação hierárquica em torno daquilo que o médico determina que seja o tratamento dos doentes internados, tal como afirma Francisco:

“...e a partir daí, [da observação do médico], a enfermeira que está de serviço segundo as instruções médicas... assim procede. O enfermeiro deve acompanhar o doente em tudo o que ele necessitar, dar-lhe os medicamentos às horas que o médico lhe indica e fazer-lhe todas as outras coisas se o doente necessitar de outras coisas, na ausência do médico.”

Ao trabalho dos enfermeiros não é reconhecido, pelos doentes deste estudo, um carácter de autonomia, ou sequer a posse de um corpo de conhecimentos próprios, o que se verifica a par de um sub-aproveitamento do potencial que representam, como afirma Paulo:

“De qualquer forma, em termos de trabalho [de enfermagem], eu fiquei um bocado decepcionado, porque pensava que era diferente. Até porque tinha amigos que também gostavam de enfermagem, e pensava que eles tinham um papel, mais activo no trabalho deles e vi que o trabalho deles é um bocado limitado pela prescrição do médico, por aquilo que o médico diz...e certas coisas que eu acho que o enfermeiro faz, que eu acho que o enfermeiros não deviam fazer, que eu acho que deviam ser os auxiliares, tipo tirar um termómetro, mas a pessoa anda a fazer um curso de 4 anos para tirar um termómetro? Se o doente pede uma aspirina: “Não, porque não está prescrito”. Acho que a responsabilidade e a intervenção do enfermeiro, devia ser maior. Devia ser dado mais espaço para ele. Acho que não tem uma preparação assim tão elementar que reduza o trabalho dele, acho que é um bocado menosprezado no trabalho que faz.”

A natureza do trabalho dos enfermeiros é descrita em termos que essencialmente descrevem acções mecânicas que remetem para uma concepção de trabalho prático. Nas palavras dos doentes entrevistados surgem com frequência termos como: “Fazer”; “Mudar”; “Tirar”; “Lavar”; “Dar”. As poucas acções não mecânicas referidas pelos doentes que os enfermeiros desempenham consistem em pedidos que estes fazem: ao auxiliar a quem se pede para *fazer*; ou ao médico a quem se pede para *pensar*.

Das relações apreendidas pelos doentes, que as enfermeiras estabelecem com outros profissionais, salienta-se o trabalho de equipa que desenvolvem com as auxiliares de acção médica. Não parecendo haver entre estas uma grande distinção, em termos de funções e só no plano da administração da medicação ao doente é que se verifica uma clara fronteira de competências, dado que esta é uma actividade exclusivamente da competência das enfermeiras.

Não obstante a falta de autonomia que lhe é imputada os enfermeiros parecem ser, no entender de Paulo, o grupo profissional que melhor veste a camisola da instituição:

“Dentro das auxiliares, dos médicos e dos enfermeiros, aqueles que estão mesmo com vontade, assim em termos globais, não quer dizer que haja não casos pontuais que invalidem o que eu vou dizer, mas em termos gerais, os que têm mais empenho, os que estão mais com toda a força no trabalho, são os enfermeiros.”

Na perspectiva dos doentes internados entrevistados, os auxiliares apresentam-se como o grupo profissional cuja relação com o saber se apresenta mais deficitária, e como tal, são relegadas para um plano secundário ocupando-se de tarefas conotadas como desagradáveis. Parece no entanto haver uma ampla zona de intersecção com o papel que a enfermeira desempenha já que à semelhança desta, a auxiliar de acção médica também cuida dos doentes, nomeadamente nas higiènes. O aspecto em que parece claramente não haver sobreposição de tarefas é a administração da medicação, um dos últimos redutos da autonomia profissional da enfermagem, ainda que exclusivamente no acto de execução, já que a concepção da administração terapêutica está a cargo do médico.

A auxiliar parece, na perspectiva dos doentes entrevistados, ter, relativamente à enfermeira, o mesmo tipo de colaboração que a enfermeira tem relativamente ao médico – funções de apoio, complementaridade e de dependência funcional e hierárquica, não havendo no entanto qualquer tipo de relação directa em termos de papéis entre a auxiliar e o médico.

Dada a indiferenciação de saberes da auxiliar, a sua autonomia é praticamente nula estando conotada com um papel polivalente, em que no limite pode ter que fazer tudo o que lhe exijam, como refere Alberto: “O auxiliar para mim é o... a pessoa que labora mais, porque ele faz de enfermeiro, faz de funcionário da limpeza, faz camas, tira a porcaria de lavar os doentes, essas coisas todas. Para mim é o verdadeiro obreiro do hospital.” Este aspecto, de uma ligação forte com o trabalho físico, foi também repetidamente referido entre os entrevistados através de expressões como: “trabalham muito”; “trabalho complicado”; “são incansáveis”. No entanto para Teresa este exigente trabalho aliado à competência profissional que as auxiliares demonstram não é, na generalidade, reconhecido: “...ao nível das auxiliares... elas são incansáveis. Há coisas que eu tenho visto (...), que são coisas dignas de ver. São dignas de ver, e lá fora não se valorizam estas pessoas, nem cá dentro...”. Paulo adopta uma posição mais crítica face à prestação das auxiliares de acção médica, não sem deixar de tentar procurar causas para os factos: “O auxiliar nota-se perfeitamente.(...) É a forma como falam com as pessoas.

Alguns [auxiliares] às vezes... parece que o doente lhes deve alguma coisa (...) As empregadas não... a maioria delas estão cá um bocado contrariadas. Também... dados os estímulos e as motivações que lhes são dadas...", reforçando mais adiante: "...elas também são um bocado vítimas da situação toda. Não têm incentivos nenhuns... Parece-me que algumas, as mais novas, têm o trabalho que têm e ganham menos de cem contos..."

A partilha de um espaço exíguo, que se prolonga no tempo, ao longo de um internamento hospitalar, proporciona aos doentes internados uma perspectiva bastante próxima da experiência de outros doentes com quem se divide o quarto. Com efeito, o quarto de um serviço de internamento pode ser palco de um conjunto vasto e intenso de interações entre vários actores, e em especial durante a manhã, período em que normalmente se realizam as higiènes dos doentes acamados e ocorre a visita médica.

No aspecto da compreensão das doenças estabelecem-se novos conhecimentos sobre a natureza de patologias até então desconhecidas ou reelaboram-se saberes sobre situações já conhecidas. A vivência de uma outra doença, que não a sua, pela proximidade e pela relação que se estabelece com os companheiros de quarto, pode-se constituir como um momento formativo, como revela Maria:

"... aquela senhora, (já cá estiveram duas)... a primeira era diabética. [Já tinha ouvido falar de diabetes?] Por alto lá fora, sabia que era assim uma doença mais ou menos... não sabia bem. (...) Percebi que ela tomava muitos medicamentos [para a diabetes], e injeções, e que também tinha que ter cuidado com o que comia, com o pão, com o arroz, com as batatas e essas coisas assim."

A representação sobre a patologia dos doentes com quem se partilha o internamento, também pode ser elaborada a partir da informação que os técnicos trocam no exercício das suas funções, talvez porque os técnicos pensarem que partilham um universo conceptual inacessível aos outros doentes com uma linguagem própria que, no entanto, não impede que os outros doentes, ou percebam realmente o que se passa ou que façam interpretações com base naquilo que os rodeia, como observa Teresa:

"Deixam as cortinas abertas, e uma pessoa vê, ouve-se tudo, também. Mas isso também penso que é difícil de travar. Ouve-se porque há conversa toda entre as enfermeiras e os médicos. A conversa é toda ali feita. A senhora que lá está hoje por exemplo, já percebi que tem um cancro da mama, há um ano e que

anda a fazer tratamentos, mas que a coisa está muito mal, segundo o que os médicos dizem.”

A tentativa de atribuir um significado ao mundo em que se está inserido pode passar à acção, como demonstra Francisco, que não compreendendo o que se passa com o seu vizinho de quarto, recorre a outros técnicos como fonte de informação:

“...porque também procuro às enfermeiras o que é que ele tem (“Ouça lá aquele doente ali... o que ele tem?”). Por acaso agora até queria ter perguntado o que é que um doente que estava ali, na sala dois, no outro dia, era já de idade, e que, pronto... nem falava nem comia, tinham que lhe fazer tudo, tinham que lhe der comer por uma sonda.”

Também através do contacto continuado e próximo com outros doentes ou com a família destes, se constituem saberes sobre estes, que nem sempre os técnicos desenvolvem. A colheita de dados que os técnicos efectuam, é por vezes suplantada, em termos de dados, pelos doentes, com a família de outros doentes com quem, por um fenómeno de identificação ou de proximidade, na hora da visita, se troca informação, como ilustra Beatriz:

“[Como é que se apercebeu que ela já teve outros internamentos?] Foi a filha (que é viúva e que trabalha nos correios) com quem ela vive, que me disse. Porque ela até nem diz nada, fraca coisa. Já a outra velhota de 94 anos é que ainda vai dizendo uma coisinhas mais acertadinhas, que diz esta.”

Para além da partilha de uma vivência de doença, dos seus sintomas ou do seus medos, pode-se, em regime de internamento, partilhar ou ter acesso a aspectos íntimos que em circunstâncias ditas normais apenas permaneceriam na esfera da vida privada individual, e que em confronto com os valores individuais podem gerar situações de desconforto. Este aspecto parece ser bem elucidativo no caso de António:

“Agora tenho lá um homossexual. (Isto devia ser proibido no hospital) Ele deve estar louco... porque ... está louco. Fala ali para os namorados e para as namoradas, parece que se zanga com todos. Ele é prostituto. É prostituto de homens, depois faz ali uma exibição, que aquilo... é nojento, é asqueroso. Eu acho que ele é seropositivo, ele diz que não é, mas o médico disse-lhe que pode ser seropositivo. [E você, ouviu isso?] Ó por amor de deus! Ele fala alto com as pessoas, ele quase grita!”

Noutros casos a experiência vivida por vários internamentos confere aos doentes a capacidade de atribuírem um significado ao que os rodeia, como refere Angela:

“Bem, eu como já sou experiente, e já tive no meu quarto algumas senhoras, Aquela senhora que lá está é muito asmática. Já tive o meu pai no mesmo caso desta senhora, então sei mais ou menos o que é que ela (coitadinha) sofre. O meu pai também sofreu assim e tinha um pace-maker no coração. (...) Eu também já estive assim, há anos. Passou-me mais, agora. Eu já estou dentro do assunto, coitadinha ela sofre ali à última. A doença é dela... (...) Eu já tou experiente nisso, infelizmente então apercebo-me que a criatura sofre bastante por causa da falta de ar.”

A percepção da situação dos outros doentes não é estática, revelando alguns dos doentes entrevistados uma monitorização atenta dos casos vizinhos, como refere Gabriel, que através de um processo de reflexão e comparação entre vários momentos de observação:

“A pessoa vê o doente. A pessoa não sabe bem qual é o mal, quer dizer como aquele velhote que lá está! Epá! Não sei qual é o fundamento do homenzinho estar assim. Não sei o que é que deu ao homenzinho. Por exemplo ontem comeu bem pela mão dele, hoje já estou a ver que não come, está pior! Tá a agravar!”

3. – CONCLUSÕES

Esta investigação foi realizada com o objectivo de lançar alguma luz sobre os processos de aprendizagem que estão subjacentes ao modo como o indivíduo em situação de internamento hospitalar interioriza o papel de doente, reconhecendo à partida, um elevado grau de importância à capitalização das potencialidades do internamento como momento formativo.

Privilegiou-se, ao longo do estudo, uma lógica de compreensão dos processos de aprendizagem perspectivados pelos próprios sujeitos hospitalizados como forma de aceder a um ponto de vista tradicionalmente pouco explorado neste domínio.

Da análise efectuada às entrevistas efectuadas transparece um processo de aprendizagem do papel social do doente que se desenrola de uma forma tornada pouco consciente ou intencional pelos próprios indivíduos que nele participam.

Os factores que intervêm no processo de interiorização do papel de doente são de múltiplas naturezas, no entanto, as relações entre o saber e o poder dos vários intervenientes, desempenham um papel central e condicionante de todo o desempenho do indivíduo enquanto doente hospitalizado.

Na sua essência, as aprendizagens realizadas pelos doentes entrevistados são enquadráveis naquilo que Pain (1990) defende como co-produtos de uma situação cuja finalidade primária não é a educativa. É de uma forma permanente e informal que o doente aprende a posicionar-se no contexto de internamento e a descobrir qual é o lugar que lhe é reservado, bem como o comportamento que dele é esperado.

Este comportamento configura-se também com o que Josso (2002) classifica como a modalidade mais comum do acto de aprender: aprender sem o saber.

Subjacente às aprendizagens levadas a cabo pelos doentes entrevistados é também patente um marcado carácter de imprevisibilidade tal como afirma Bonvalot (1991), relativamente aos momentos e situações que se revelam como momentos formativos, especialmente nos indivíduos com um menor número de internamentos, dado que as situações em que estão envolvidos, se desenvolvem numa sequência de eventos cujo controlo está fora do seu alcance. Em acréscimo, esta sequência reveste-se por vezes de contornos aparentemente caóticos do ponto de vista do doente.

O papel da experiência na aprendizagem do papel de doente parece ser bastante importante, dado que, para além de aprender informalmente, ele aprende essencialmente por si, através da vivência do internamento. É pelo contacto com a realidade hospitalar,

sem mediação, pela experiência de estar doente e por uma reflexão operada sobre essa experiência, ainda que inconscientemente, tal como argumenta Pineau (1991), que o indivíduo interioriza o seu papel e se adapta ao meio.

No processo de ambientação ao serviço de internamento a experiência de cada indivíduo é (re)vivida à luz das anteriores vivências, Bonvalot (1991), dentro ou fora das paredes do hospital, ou no dizer de Barth (1996a), a situação de aprendizagem é interpretada e vivida de acordo com a história cognitiva e afectiva do indivíduo.

O internamento, ao constituir um momento de choque e um processo de ruptura, revela-se como uma situação fortemente educogénica, inscrevendo-se naquilo que Dominicé (1996) considera como um desafio existencial, talvez em alguns casos como o mais importante no percurso de vida do indivíduo, já que pela sua natureza questiona a própria existência individual.

Do conjunto de comportamentos adoptados por alguns dos doentes entrevistados, são de salientar posturas específicas de auto-apresentação, à semelhança do estudo realizado por Morrison (2001). Neste aspecto destacam-se comportamentos de timidez, obediência, submissão a uma prática ritualística ou, por exemplo, o tornar-se extraordinariamente amigável, animado e agradecido, enquadráveis em estratégias de sobrevivência no hospital.

A chegada a um ambiente com vida própria, fértil em tecnologia, actores uniformizados e com uma linguagem própria, bem como o despojamento dos bens pessoais aliada à perspectiva de potenciais invasões ao último reduto individual que constitui o corpo, transforma-se fácil e quase inevitavelmente numa experiência de grande vulnerabilidade por parte dos doentes recém-internados, e numa aceitação acrítica das condições que lhe são oferecidas, entenda-se, impostas. Este sentimento é verbalizado por um dos doentes entrevistados: “A gente já sabe que vem para o hospital, tem que apanhar aquilo que aparece, né?”

É através do processo de socialização ao hospital, que se constitui como um processo de aprendizagem transversal ao internamento, que o indivíduo constitui a sua identidade de doente hospitalizado. Esta identidade, com traços comuns assume no entanto variâncias individuais de doente para doente, na linha do que afirma Dubar (1997, p.13): “A identidade é um produto de sucessivas socializações.”

A construção uma nova identidade pressupõe um processo activo de reequacionamento na auto imagem do indivíduo. Nesta linha Dubar defende: “...a perda de identidade é sinónimo de alienação, de sofrimento, de angústia e de morte” (1997,

p.13). Na análise realizada ao discurso dos doentes entrevistados é manifesta, em algumas situações, uma certa tensão entre a identidade que a instituição hospital atribui ao indivíduo internado e a identidade que o doente atribui a si mesmo enquadrável no que, ainda Dubar, (1997) classifica como uma negociação identitária.

Os doentes, que são, no plano dos discursos, o aspecto central da produção de cuidados de saúde, bem como o elemento organizador das práticas e das dinâmicas dos serviços de saúde, ficam muitas vezes relegados para um plano secundário, impedidos de desenvolver um espaço de existência próprio em que conceitos como a privacidade deixam pura e simplesmente de existir, em nome de uma intervenção para o seu bem, a cargo dos técnicos.

Perante a crescente especialização do conhecimento e o facto de os cuidados de saúde mobilizarem hoje técnicos e tecnologias bastante especializados, os doentes vêm-se consumidores de um produto que não conhecem, mas que são impelidos a consumir acriteriosamente, tendo para tal que se sujeitar a um existência no hospital que avança de concessão em concessão, numa lógica externa de organização dos tempos e actividades, tornando-se em objecto passivo de intervenção externa. Neste sentido, quando questionados face à possibilidade de eles próprios implementarem a mudança, a maior parte dos doentes entrevistados exteriorizaram uma postura de passividade, argumentando que não alterariam nada.

É em função dos saberes constituídos anteriormente sobre o sistema de saúde ou o hospital em particular, que o indivíduo, quando as vias formais de resolução de problemas não são eficazes, pode tomar a opção de enveredar por um caminho de contorno das normas instituídas, dentro das margens de manobra possíveis, desenvolvendo procedimentos estratégicos, explorando as aberturas do sistema, com vista à manutenção da sua individualidade, ainda que num registo, por vezes, virtual.

É nestas margens de acção, quais brechas institucionais em que o controlo não se verifica eficazmente, que o sistema permite que Carapinheiro (1998) sustenta que se vislumbra por parte de alguns doentes, uma forma de estar de quem não se submeteu totalmente à máquina hospitalar e, segundo uma lógica própria e cheia de sentido, vai actuando em prol da satisfação das necessidades que se tornaram indispensáveis satisfazer enquanto internado, revelando no processo, formas de estar preñes de inventividade.

Estes mecanismos de manutenção da individualidade e os esforços feitos nesse sentido são reveladores de um processo de socialização que revela aprendizagens

implícitas realizadas muitas vezes fortuitamente e materializadas em comportamentos que não são de todo objectiváveis ou interpretados na primeira pessoa como tal.

A natureza dos saberes adquiridos em contexto de internamento hospitalar pelos indivíduos entrevistados, é essencialmente operativa, ou seja, os conhecimentos construídos ao longo da estadia no hospital têm um carácter instrumental, permitindo-lhes sobreviver num meio desconhecido, interpretar em cada momento o seu estado de saúde e equacionar futuros possíveis. Estes saberes parecem centrar-se em torno da dinâmicas e rotinas habituais do serviço, bem como na estruturação de uma hierarquia e linha de autoridade pela qual é regido o dia a dia no serviço de internamento. Esta perspectiva de autoridade parece partir do médico que se constitui como o elemento na equipa que detém um poder estratégico quase absoluto, e a partir do qual as linhas orientadoras da acção se estabelecem, sendo operacionalizadas em diferentes níveis pelas enfermeiras e pelos auxiliares de acção médica. Os doentes entrevistados de uma forma geral aprenderam a situar-se, ainda que de uma forma pouco consciente ou intencional na base desta hierarquia funcional, fundada a partir da relação com o saber que cada grupo tem em particular, o que não lhes confere legitimidade para se pronunciar sobre decisões a tomar, papel que alguns aceitam com alguma naturalidade, assumindo-se como os receptores passivos dos cuidados de saúde produzidos no serviço. Uma vez estabelecida uma gradação, em que no topo da hierarquia funcional dentro do serviço de internamento se encontra o médico, passando pela enfermeira e pela auxiliar, parece emergir da perspectiva dos doentes entrevistados que cada grupo profissional desempenha funções do grupo que lhe está imediatamente acima mediante concessões que este faz.

Os doentes entrevistados aprenderam também de uma forma generalizada a dirigir os seu pedidos de auxílio na resolução de problemas, à base da hierarquia do serviço, recorrendo maioritariamente aos auxiliares de acção médica ou, em menor escala, às enfermeiras.

Relativamente ao saber adquirido sobre o seu estado de saúde ou sobre a sua patologia, o facto mais importante que emerge da análise das entrevistas aos indivíduos do estudo, está relacionado com um conhecimento de carácter difuso e pouco claro, dificilmente explicitável pelos próprios. Para acederem ao conhecimento médico os doentes parecem ter que mobilizar todas as suas capacidades exegéticas para poder descodificar esse saber apelidado, por Carapinheiro (1998) de *sagrado*, e que dá aos técnicos, a confiança suficiente para o usarem, já que os outros não o vão perceber.

Os doentes entrevistados, numa busca constante de sentido para o mundo em que se inseriam, interpretaram constantemente o que observaram em seu redor atribuindo constantemente significados, que, também continuamente, reelaboraram num processo de conceptualização do real.

Os casos que se distinguem por possuírem um conhecimento mais aprofundado sobre a sua patologia, revelam percursos pessoais de procura activa pelo saber em recursos, quer do hospital (técnicos, outros doentes), ou fora do hospital (Internet). Em alternativa à procura activa do saber, a repetição da experiência de internamento hospitalar parece contribuir para uma solidificação dos conceitos inerentes à doença.

O hospital afigura-se ao doente, especialmente ao doente que com ele contacta pelas primeiras vezes, como uma estrutura labiríntica. Para além de um ponto de vista estritamente físico, é-o também, em larga medida, complexo do ponto de vista social.

A aprendizagem do papel de doente, pelo comportamento de passividade que pressupõe, condiciona em alguns indivíduos, algum grau de “desaprendizagem” das competências que anteriormente haviam desenvolvido. Assim no caso de um indivíduo invisual entrevistado, que no domicílio era auto-suficiente do ponto de vista da administração de medicação ou da mobilidade, o internamento revelou-se como um momento de regressão em termos de desenvolvimento pessoal.

Os momentos de educação para a saúde realizados pelos técnicos de saúde, a existirem, não parecem ter sido valorizados de uma forma consciente pelos doentes entrevistados.

O processo de aprendizagem em internamento hospitalar parece ser permanente e transversal a toda a estadia no serviço. De entre os vários elementos da equipa de saúde parece ser o médico que se constitui como aquele que mais contribui, no doente, para uma mudança comportamental relativamente aos hábitos de vida que potencialmente interferem com a sua saúde. A representação que o doente tem do papel do técnico e a relação que assume com o saber condiciona indelevelmente o modo como se posiciona perante os técnicos, e de entre estes, perante o médico. A figura do médico, detentor de saber que determina poder, influencia decisivamente a interiorização do conhecimento por parte do doente.

O saber constituído a partir da acção do médico parece estar relacionado com a credibilidade que lhe é reconhecida, ou em alternativa pelo medo das consequências que o desrespeito às suas indicações, tomadas em alguns casos como ordens, pode acarretar.

As enfermeiras não se destacam, do ponto de vista dos doentes entrevistados, como elementos que contribuam em grande medida para a formação dos doentes, não obstante um dos pilares identitários deste grupo profissional esteja relacionado com o desempenho de uma acção educativa para o doente, relativamente a aspectos de manutenção de hábitos saudáveis, prevenção e superação da doença, ou ao nível da reabilitação.

As estratégias mobilizadas pelos doentes entrevistados, para procurarem o saber necessário ao seu desempenho de doente durante a hospitalização, envolveram fundamentalmente actividades de observação do meio que os rodeava, bem como o relacionamento com os demais intervenientes, dos quais se destacam outros doentes internados.

Mais do que os funcionários da instituição apresentam o serviço ao doente e contribuem para a sua socialização, é o próprio que, na base da observação e de forma pouco consciente, progressivamente apreende os padrões de regularidade da dinâmica organizacional e que se apercebe das rotinas que o serviço compreende.

As mudanças comportamentais, registadas pelos doentes, são atribuídas, em casos específicos, a um profundo processo de introspecção e de reflexão que a estadia no hospital possibilita, já que o leque de actividades possíveis, em contexto internamento, é diminuto, segundo a maioria dos doentes entrevistados.

A natureza do contexto de internamento hospitalar parece ser também determinante no modo como o doente internado aprende o seu papel. A situação de doença, pelo sentimento de insegurança e de incerteza face ao futuro ou pelo sofrimento físico que origina, determina nos doentes internados uma susceptibilidade ao envolvimento afectivo e emocional com aqueles de quem o seu bem estar depende. Nestas circunstâncias é bastante valorizada a palavra dos técnicos de saúde, bem como o que essa mensagem comporta em termos de significado para o doente, que está naturalmente receptivo a toda a informação que diga respeito ao seu estado de saúde.

Não obstante o potencial que a relação entre técnico de saúde e doente encerra neste contexto em termos pedagógicos, não parece emergir da análise das entrevistas realizadas, uma intencionalidade materializada e sistemática por parte da instituição em proporcionar aos doentes momentos ricos de aprendizagem no que diz respeito ao seu estado de saúde/doença ou, de uma forma mais ampla, a comportamentos que visem a manutenção de hábito de vida saudáveis.

Ainda noutra perspectiva, e ainda que de um modo geral os sujeitos entrevistados não tenham sido muito críticos em relação ao internamento, alguns deles diferenciam-se, parecendo emergir do estudo a ideia de que existe uma relação forte entre a origem social do indivíduo hospitalizado e o grau de facilidade com que este interioriza modos de estar condizentes com o comportamento de doente.

Assim, indivíduos identificados com um estatuto social mais elevado como o de professor, o de director de uma associação desportiva, ou uma funcionária do ramo da aviação, produzindo críticas ou sugestões mais elaboradas, revelaram maior resistência em adoptar um comportamento típico de “bom doente”. A este grupo de “resistentes” é também associável um indivíduo com a ocupação profissional de taxista, que está internado há três meses.

Por outro lado, indivíduos oriundos de meios sociais mais desfavorecidos, alheando-se de um certo juízo crítico da realidade e abdicando da sua autonomia, parecem investir-se com mais facilidade do papel de doente.

“A passagem ao papel de doente” constitui-se, no contexto estudado, como uma experiência vivenciada pelos indivíduos de forma mais ou menos difícil, já que a sua individualidade é seriamente colocada em causa, mas, uma vez aceite, desenrola-se com aparente naturalidade.

Esta constatação pode estar relacionado com o facto de, a par do fenómeno de *gratitude bias*, e após o fenómeno de socialização ao papel de doente se consolidar, o internamento se tornar bastante aceitável e todos os procedimentos levados a cabo pelos técnicos parecerem então tornar-se cheios de sentido para os doentes.

As sugestões para trabalhos futuros, compreendidos no domínio desta investigação podem apontar para a condução de estudos em contextos diferentes do internamento de Medicina Interna, por exemplo num serviço de internamento de Cirurgia, cuja demora média de internamento é bastante menor, e em que não se verifica uma incidência tão elevada de casos de doença crónica com doentes com múltiplos internamentos.

Variando o contexto, mas mantendo a perspectiva, o estudo do modo como o sujeito interioriza o seu papel de doente, pode ainda ser realizado numa instituição de prestação de cuidados de saúde que não um hospital, como por exemplo um centro de saúde.

De outro ponto de vista, seria também pertinente a realização de outra investigação, tentando esta perspectivar de uma forma ampla e abrangente, de que

forma o contexto hospitalar contribui para a formatividade da generalidade de todos os indivíduos que nele desempenham papéis, quer enquanto elementos do quadro de pessoal da instituição, ou quer enquanto utentes dos serviços.

BIBLIOGRAFIA

- ABDELMALEK, Ali Aït e GÉRARD, Jean-Louis (1995). *Sciences Humains et soins. Manuel à l'usage des professions de santé*. Paris: InterÉditions.
- BARBOSA, António (1985). O clínico geral, a sabedoria popular e a educação para a saúde. *Revista Portuguesa de Clínica geral*, 8, pp. 19-23.
- BARDIN, Laurence. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARKATOLAH, Amina (1989). L'apprentissage expérientiel. *Éducation Permanente*, 100/101, pp. 47-55.
- BARTH, Mari-Britt (1996a). Construire son savoir. In: Bourgeois, Étienne (Éd.). *L'adulte en formation*. Paris: De Boeck & Larcier.
- BARTH, Mari-Britt (1996b). *O saber em construção*. Lisboa: Piaget.
- BERBAUM, Jean (1993). *Aprendizagem e formação*. Porto: Porto Editora.
- BERGER, Peter e LUCKMAN, Luckman (1999). *A construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro.
- BHOLA, H.S. (1989). *Tendances et perspectives mondiales de l'éducation des adultes*, Paris: UNESCO.
- BILHIM, B. (1996). *Teoria organizacional. Estruturas e pessoas*. Lisboa: ISCSP.
- BOGDAN, Robert e BIKLEN, Sari (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- BOLÍVAR, António. (1997). A escola como organização que aprende. In: Canário, Rui (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

BONVALOT, Guy (1991). Éléments d'une définition de la formation expérientielle. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française.

BOURGEOIS, Étienne (1996). L'adulte qui apprend: questions nouvelles pour la recherche. In: Bourgeois, Étienne (Éd.). *L'adulte en formation*. Paris: De Boeck & Larcier.

BURGESS, Robert (1997). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta.

CABRAL, Manuel Villaverde (coord.); SILVA, Pedro e MENDES, Hugo. (2002) *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

CANÁRIO, Rui (1999). *Educação de adultos*. Lisboa: Educa.

CANÁRIO, Rui (2000). A aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. *Psicologia da Educação*, 10/11, pp. 29-52.

CARAPINHEIRO, Graça (1986). A Saúde no contexto da Sociologia. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1, pp.9-22.

CARAPINHEIRO, Graça (1987). Cenários de estratégias médicas no hospital. *Revista crítica de ciências sociais*, 23, pp. 141-156.

CARAPINHEIRO, Graça (1998). *Saberes e poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.

CARAPINHEIRO, Graça (2001) "Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais", *Etnográfica – Revista do centro de estudos de Antropologia Social*, Lisboa, CEAS , pp 335.357.

CAVACO, Carmen de Jesus (2001). *Processo de formação de adultos não escolarizados – A Educação informal e a formação experiencial*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, n.p.

CLÁUDIO, Vítor e MATEUS, Maria (2000) *Sida, eu e os outros*. Lisboa: Climepsi.

COLLIERE, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

CORNEY, Roslyn (2002). As respostas emocionais nos doentes e nos médicos. In: Corney, Roslyn (coord.). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.

COSTA, Maria Arminda (1998). *Enfermeiros – dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de século.

COUCELLO, Teresa (1997). *Práticas e discursos dos médicos de clínica geral*. Lisboa: Educa.

DANIS, Cláudia (2001). Processos de aprendizagem dos adultos numa perspectiva de desenvolvimento. In: *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos*. Lisboa: Piaget.

DIAS, Maria do Rosário. (1994a) Informar os doentes oncológicos: uma perspectiva de intervenção. In: Teresa Mc Intyre, *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.139-156) Braga APPORT.

DIAS, Maria do Rosário. (1994b) O valor da informação nos valores da Ciência médica. *Análise Psicológica* (Série XII, Nº 2/3, p.349-353).

DIAS, Maria do Rosário. (1999). A doente veterana: Saberes esquecidos nos sistemas de saúde. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), pp. 499-512.

- DOMINICÉ, Pierre (1991). La formation expérientielle: un concept importé pour penser la formation. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.
- DOMINICE, Pierre (1996). Apprendre à se former. In: Bourgeois, Étienne (Éd.). *L'adulte en formation*. Paris: De Boeck & Larcier.
- DUBAR, Claude (1997). *A socialização, Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- DUBET, François (1994). *Sociologia da experiência*. Lisboa: Instituto Piaget.
- FERRY, Gilles (1987). *Le trajet de la formation*. Paris: Dunot.
- FINGER, Mathias (1989). «Apprentissage expérientiel» ou «formation par les experiences de vie»? *Education Permanente*, 100/101, pp. 39-55.
- FODDY, William (1996). *Como perguntar – teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- FRIEDBERG, Erhard (1995). *O poder e a regra*. Lisboa: Piaget.
- GASK, Linda (2002). A identificação dos problemas emocionais e psicológicos. In: Corney, Roslyn (coord.), *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.
- GIDDENS, Anthony (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GRONEMAYER, Marianne (1989). Les chocs de la vie, moteur ou frein de l'apprentissage?. In: *Education Permanente*, 100/101, pp. 79-89.
- HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no Hospital*. Lisboa: Lusociência.

- HRIMECH, Mohamed (1996). L'apprentissage informel voie royale de l'autoformation. *Les sciences de l'éducation*, 39, 1-2, pp. 217-239.
- JOBERT, Guy (1991). La place de l'expérience dans les entreprises. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française.
- JOSSO, Christine (1991). L'expérience formatrice: un concept en construction. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.
- JOSSO, Christine (1996). Se former en tant qu'adultes: défis, enjeux, ressources et difficultés. In: Bourgeois, Étienne (Éd.). *L'adulte en formation*. Paris: De Boeck & Larcier.
- JOSSO, Christine (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- KFIR, Nira e SLEVIN, Maurice (2002). A intervenção na crise, em doentes oncológicos. In: Corney, Roslyn (coord.). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.
- LACROIX, Anne (1991). Former de médecins à enseigner aux malades: comparaisons de deux expériences de formation pédagogiques. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.
- LANDRY, Francine (1989). La formation expérientielle: origines, définitions et tendances. *Education Permanente*, 100/101, pp. 13-21.
- LANDRY, Francine (1991). Vers une théorie de l'apprentissage expérientielle. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.

LESNE, Marcel e MINVIELLE, Yvon (1990). *Socialisation & Formation*. Paris: Païdeia.

LIMA, Licínio (2003). Formação e aprendizagem ao longo da vida: Entre a mão direita e a mão esquerda de Miró. In: Vários. *Cruzamento de saberes. Aprendizagens sustentáveis*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

MONTEIRO, Ileana (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, 2, pp. 317-325.

MORIN, Edgar (2001). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.

NÓVOA, António (1988). A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus. In: Nóvoa, A. e Finger, M. (Org.). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

OGDEN, Jane. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa. Climepsi.

OMS - Bureau Regional para a Europa (1998). *Saúde21 - Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região europeia da OMS*. Loures: Lusociência.

PAIN, Abraham (1990). *Education informelle*. Paris: Éditions L'Harmattan.

PAIN, Abraham (1991). Éducation informelle: les mots...et la chose (réponses à un praticien). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.

PASQUIER, Daniel (1991). La formation expérientielle des adultes, essai d'exploration critique de l'expression: quel rapport avec l'éducabilité?. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.

PATTON, Michael (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.

PAÚL, Constança e FONSECA, António (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

PEREIRA, José (1987). Será possível uma nova medicina?. *Revista Crítica de ciências Sociais*, 23, pp.185-193.

PINEAU, Gaston et COURTOIS, Bernadette. (1991). L'enjeu de la prise en compte de la formation expérientielle : mise en culture ou en miettes d'arts de faire et de vivre singuliers. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.

PINEAU, Gaston (1988). A autoformação no decurso da vida: entre a hetero e a ecoformação. In: Nóvoa, António e Finger, Mathias (Coord.). *O método (auto) biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

PINEAU, Gaston (1991). Formation expérientielle et théorie tripolaire de la formation. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.

RIBEIRO, Agostinho. (2003) *O corpo que somos*. Lisboa: Editorial notícias.

RIBEIRO, José Luis Paes (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.

ROCHA, Filipe. (1988). *Correntes pedagógicas contemporâneas*. Aveiro: Livraria Estante Editora.

ROELEN, Nicole (1991). Le metabolisme de l'expérience en réalité et en identité. In: Courtois, B. et Pineau, G. (Coord.). *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La documentation Française.

SALVADO, M. Gândara (1994). *O poder na relação enfermeiro – utente*.
Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem pela Universidade
Católica, n.p.

SANTOS, B. (2001). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento.

SOARES, Maria Isabel (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa.

SOMMER PÉRÉ, Marie (2000). Relation soigné-soignant: quels models de référence?
In: *Perspective soignant*, nº 6, p. 67-79.

STAKE, Robert E. (2000). Case studies. In: Denzin, N. E Lincoln Y. (eds.). *Handbook
of qualitative research*. London: Sage Publications.

TAYLOR, Shelley E. (1995). *Health Psychology*. Los Angeles: McGraw Hill.

TURNER, Bryan. (1995). *Medical power and social knowledge*. London: Sage
publications.

UNDURRAGA, Consuelo (1996). Un cadre pour appréhender l'apprentissage chez des
adultes en formation. In: Bourgeois, Étienne (Éd.). *L'adulte en formation*. Paris:
De Boeck & Larcier.

VALA, Jorge (1987). A análise de conteúdo. In Silva, A.S. e Pinto, J.M. (org.).
Metodologia das ciências sociais. Porto: Edições Afrontamento.

www.asiabio.com/hoshis/docforacro.pdf. (História dos Hospitais)

YIN, Roberto K. (2001). *O estudo de caso – Planejamento e métodos*. São Paulo:
Artmed Editora.

